

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата юридических наук

Научный руководитель:
кандидат юридических наук
Мустафина-Бредихина Д.М.

Москва – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
 ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	 19
1.1 Правовая природа государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования.	19
1.2 Эволюция административно-правового регулирования системы обязательного медицинского страхования.....	38
 ГЛАВА 2. СУБЪЕКТНЫЙ СОСТАВ И ПРЕДМЕТ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	 56
2.1 Субъекты государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования	56
2.2 Обязательные требования как предмет государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования.....	101
 ГЛАВА 3. АДМИНИСТРАТИВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	 116
3.1 Административно-процессуальное регулирование проведения контрольно-надзорных мероприятий, проводимых субъектами государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования.....	116

3.2 Порядок разрешения административных споров, вытекающих из контрольно-надзорной деятельности субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС.....	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	157
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....,	165
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	167

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

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.

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 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.

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.

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.

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 Шилук 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. Свицерского. О.А. Ногина в своих трудах проанализировала место и функции государственных 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.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Правовая природа государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования

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 возникновения таких нарушений». Таким

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).

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.

Однако ключевое значение для формирования правовых основ государственного контроля и надзора имеет Указ Президента РФ от 09 марта 2004 г. № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти»¹⁰ (далее – Указ Президента РФ № 314). Данным нормативным актом в правовой оборот была введена специальная юридическая конструкция — «функция по контролю и надзору». Содержание этой функции раскрывается через следующие основные направления деятельности:

- контрольно-надзорные полномочия в отношении соблюдения органами государственной власти, местного самоуправления, их должностными лицами, юридическими лицами и гражданами общеобязательных правил поведения, установленных Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами;
- предоставление разрешений (лицензий) на осуществление отдельных видов деятельности или конкретных действий юридическим лицам и гражданам;
- осуществление регистрационных действий в отношении актов, документов, прав и объектов, а также принятие индивидуальных правовых актов.

Таким образом, Указ Президента РФ № 314 заложил концептуальные основы разграничения контрольно-надзорных полномочий в системе государственного управления. Указанный подзаконный нормативный правовой акт не отождествляет контроль и надзор, выделенный в ФЗ через скобки, а определяет их как две, по сути, самостоятельные функции федеральных органов исполнительной власти. О том,

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

¹⁰ О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти : Указ Президента Российской Федерации от 09 марта 2004 № 314 : ред. 27.03.2023 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

насколько применим Указ Президента РФ № 314 к государственному контролю за расходованием средств ОМС, будет изложено далее.

Определение государственного контроля (надзора) в совокупности и по отдельности всегда являлось предметом жарких споров. Можно сказать, что этот вопрос является одним из самых острых в административной науке. Концептуальные подходы к научному осмыслению контроля и надзора разнятся, хотя можно отметить сближение в последние годы позиций заслуженных ученых-административистов. Так, в одном из недавно изданных учебников под редакцией Л.Л. Попова определяется, что контроль «состоит в том, что уполномоченные государственные (общественные) органы (должностные лица), используя определенные приемы и способы, выясняют, не допущены ли подконтрольными органами (должностными лицами) в их деятельности нарушения законности и целесообразности». Согласно позиции авторитетных исследователей, контроль принято классифицировать как общий (комплексная проверка всей деятельности подконтрольного органа), так и специальный (целевая проверка, сфокусированная на отдельных аспектах или вопросах). В отличие от него, надзор представляет собой перманентную деятельность специализированных государственных институтов, направленную на систематическое наблюдение за функционированием органов власти, должностных лиц и граждан для своевременного обнаружения и пресечения отклонений от норм законности. К недостаткам такого подхода отнесем, например, исключение из вышеуказанного подхода контроля за организациями, а также внутреннего контроля, который в сфере здравоохранения имеет ключевое значение.

Схожую, но в то же время самостоятельную научную позицию занимают А.И. Стахов и П.И. Кононов, которые отмечают, что в зависимости от объема контроля различаются собственно контроль, в процессе которого проверяются законность и целесообразность деятельности, и надзор, который ограничивается только проверкой законности¹¹.

¹¹ Стахов А. И., Кононов П. И. Административное право России: учебник для вузов. 6-е изд., перераб. и доп. Москва: Издательство Юрайт, 2025. 646 с. (Высшее образование).

А.И. Стахов и П.И. Кононов развивают схожую, но методологически самостоятельную научную концепцию, в рамках которой предлагается дифференцировать контроль и надзор на основе критерия объема проверочных полномочий. Учёные аргументированно утверждают, что контроль представляет собой комплексную форму проверочной деятельности, сочетающую оценку как законности, так и целесообразности осуществляемых действий. В его рамках анализируется не только соответствие деятельности нормативным требованиям, но и её рациональность, эффективность и соответствие поставленным задачам. Напротив, надзор, по их мнению, обладает более узкой, специализированной природой и ограничивается исключительно проверкой соответствия деятельности действующему законодательству без вторжения в оценку её целесообразности или эффективности. Такой подход позволяет чётко разграничить зоны ответственности и полномочия контролирующих и надзорных органов, что имеет важное значение для построения эффективной системы государственного управления. Таким образом, позиция А.И. Стахова и П.И. Кононова вносит существенный вклад в развитие административно-правовой науки, предлагая не только теоретическое обоснование разграничения данных понятий, но и практический инструментарий для их применения в правоприменительной деятельности. Подводя итог и резюмируя общепринятую позицию ученых-административистов, указанные авторы приходят к выводу, что надзор – это суженный контроль.

Один из ведущих специалистов в области административного права Ю.М. Козлов выделял два ключевых признака, позволяющих разграничить контроль и надзор. Во-первых, надзорные органы и поднадзорные субъекты не связаны отношениями организационной подчиненности, что принципиально отличает надзор от контроля, который обычно осуществляется в рамках иерархической структуры. Во-вторых, меры воздействия, применяемые в ходе надзора, носят исключительно административно-принудительный характер. В то же время контроль предполагает возможность привлечения должностных лиц

подконтрольных организаций к дисциплинарной ответственности по итогам проведенных проверок¹².

А.И. Стахов и П.И. Конохов учли обозначенную позицию, предложив концептуальное разделение системы административного контроля и надзора. В рамках их подхода к пониманию данных правовых институтов выделяются две самостоятельные, но взаимосвязанные категории: внешний и внутренний контроль (надзор) за законностью деятельности публичной администрации. Внешний контроль (надзор) представляет собой форму проверочной деятельности, которая осуществляется государственными органами и должностными лицами, организационно не подчинёнными проверяемым структурам. Ключевым признаком здесь выступает отсутствие отношений служебной подчинённости между контролирующим и подконтрольным субъектом. Это обеспечивает необходимую степень независимости и объективности при оценке законности действий административно-публичных органов. К классическим субъектам внешнего контроля традиционно относят органы прокуратуры, осуществляющие надзор за исполнением законов, различные федеральные службы и надзорные агентства (например, Роспотребнадзор, Роскомнадзор), судебные инстанции, разрешающие административные споры в порядке правосудия, а также институты внесудебной защиты, такие как уполномоченные по правам человека, предпринимателей и иные аналогичные структуры. Внутренний контроль (надзор), в свою очередь, организуется в рамках самой системы публичной администрации и производится вышестоящими органами и должностными лицами в отношении тех подразделений и служащих, которые находятся в их прямом служебном подчинении. Данный вид контроля базируется на принципах иерархии и субординации, что позволяет оперативно выявлять и устранять нарушения, обеспечивать единство правоприменительной практики и дисциплину внутри ведомства. Он может принимать формы ведомственного, внутриорганизационного контроля и является важным инструментом саморегуляции административного аппарата. Таким образом, предложенная А.И. Стаховым и П.И. Коноховым

¹² Козлов Ю. М. Административное право : учебник. Москва : Юрист, 1999. С. 209-211.

дихотомия не только структурирует сложный механизм обеспечения законности в государственном управлении, но и подчёркивает его комплексный и многоуровневый характер, где внешние и внутренние проверочные механизмы дополняют друг друга, формируя целостную систему сдержек и противовесов¹³. Схожей позиции придерживается Е.В. Охотский¹⁴. Таким образом, можно отметить, что позиции ученых сближаются.

А.Н. Козырин отмечает, что правовой лексикон содержит как собственно понятие «контроль», так и «государственный контроль», при этом «государственный контроль осуществляется государственными органами строго в рамках предоставленных им полномочий; важным правовым признаком государственного контроля является наделение контрольных органов правом на применение мер государственного принуждения¹⁵. Тем интереснее будет проанализировать правовую природу контроля, осуществляемого ФОМС, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями.

Отметим особую позицию А.В. Мартынова, который провел критический анализ положений Федерального закона № 248-ФЗ и отметил, что законодатель допустил серьезную, если не сказать фатальную ошибку, отказавшись разграничивать эти три различных вида управленческой деятельности: государственный контроль, административный (государственный) надзор и муниципальный контроль¹⁶.

Поскольку государственный контроль за расходованием средств ОМС предполагает финансовую составляющую, представляется разумным проанализировать подходы к пониманию правовой природы финансового

¹³ Стахов А. И., Кононов П. И. Административное право России: учебник для вузов. 6-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2025. 646 с. (Высшее образование).

¹⁴ Охотский Е. В. Государственное управление в современной России: учебно-методический комплекс. Москва : МГИМО-Университет, 2008. С. 132-133.

¹⁵ Артюхин Р. Е., Козырин А. Н., Ялбуганов А. А. Государственный финансовый контроль: федеральные институты : учебное пособие. Москва : Норма; ИНФРА-М, 2023. С. 12.

¹⁶ Мартынов А. В. Критический анализ общих положений Федерального закона от 31 июля 2020 Г. № 248-ФЗ «о государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» // Актуальные вопросы контроля и надзора в социально значимых сферах деятельности общества и государства : материалы VI Всероссийской научно-практической конференции, Нижний Новгород, 01 июля 2021 года. Нижний Новгород : Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, 2021. С. 31-59.

контроля. Е.Ю. Грачева указывает, что «финансовый контроль осуществляется на всех стадиях финансовой деятельности, то есть в процессе собирания, распределения (перераспределения) и использования фондов денежных средств»¹⁷. Этот же автор определяет финансовый контроль следующим образом: «Это система мероприятий по проверке обоснованности и законности формирования и использования денежных средств, направленных на обеспечение соответствия финансово-хозяйственной деятельности экономических субъектов установленным правовым нормам и правилам»¹⁸.

Л.Л. Арзуманова в своих учебных и научных работах рассматривает финансовый контроль как систему мероприятий, направленных на проверку обоснованности формирования, законности и эффективности использования финансовых ресурсов с целью обеспечения устойчивого функционирования экономических субъектов и соблюдения финансового законодательства¹⁹.

В вышеуказанных определениях обратим внимание на контроль за «эффективностью использования финансовых ресурсов», что в нашем конкретном случае является одной из составляющих предмета исследования.

Ст.265 БК РФ не дает прямого определения понятия «финансовый контроль», акцентируя внимание на том, что «государственный (муниципальный) финансовый контроль осуществляется в целях обеспечения соблюдения положений правовых актов, регулирующих бюджетные правоотношения, правовых актов, обуславливающих публичные нормативные обязательства и обязательства по иным выплатам физическим лицам из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, а также соблюдения условий государственных (муниципальных) контрактов, договоров (соглашений) о предоставлении средств из бюджета»²⁰.

¹⁷ Грачева Е. Ю. Государственный финансовый контроль как важнейший инструмент обеспечения публичных интересов в условиях рынка // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2014. № 4(4). С. 20-29.

¹⁸ Грачева Е. Ю. Финансовое право: учебник. Москва : Проспект, 2015. 648 с.

¹⁹ См., напр.: Правовое регулирование финансового контроля в Российской Федерации: проблемы и перспективы / Л. Л. Арзуманова [и др.]. 2-е изд., доп. Москва : Издательский Дом "Инфра-М", 2016. 384 с.

²⁰ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одоб. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

Очевидно, что государственный контроль за расходованием средств ОМС имеет, по сути, двойственную природу: с одной стороны, контроль осуществляется за расходованием финансовых средств, аккумулированных в соответствующем фонде (фондах), т.е. имеет все признаки финансового контроля, но, с другой стороны, расходование средств определяется по результатам оценки качества медицинской помощи, т.е. непосредственно оказанных гражданам услуг. Указанный тезис в дальнейшем будет подкреплён субъектным составом выделенного и исследуемого вида контроля. Таким образом, оценка финансовой составляющей находится в непосредственной взаимосвязи с нефинансовой составляющей, а, следовательно, исследуемый вид государственного контроля не может быть отнесен исключительно к виду финансового контроля.

Наряду с дискуссией о концептуальных подходах к пониманию понятий «контроль» и «надзор» обратимся к анализу понятия «аудит». Считается, что принципиальное отличие аудита от контроля состоит прежде всего в нормах, закрепляющих процедуру их проведения, поскольку контроль может проводиться внепланово, внезапно, а проведение аудиторской проверки должно быть согласовано. И здесь необходимо обратиться к поиску концептуального отличия понятий «контроль» и «аудит». В соответствии с федеральным законом от 30.12.2008 N 307-ФЗ «Об аудиторской деятельности»²¹ аудит – независимая проверка бухгалтерской (финансовой) отчетности аудируемого лица в целях выражения мнения о достоверности такой отчетности. Если обратиться к Федеральному закону, определившему административно-правовой статус Счетной палаты РФ, напомним, что эти понятия указаны там, как «аудит (контроль)». Если вернуться к дискуссии о правовом значении понятий «контроль» и «надзор», которая была ранее о том, что в процессе контроля проверяются законность и целесообразность деятельности, то в процессе аудита проверяется подлинность финансовой отчетности по определенному виду деятельности или статье расходов и формируются предложения по оптимизации деятельности организации. С другой

²¹ Об аудиторской деятельности : федер. закон от 30 декабря 2008 г. № 307-ФЗ : принят Гос. Думой 24 декабря 2008 г. : одобр. Советом Федерации 29 декабря 2008 г. : ред. от 26.12.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

стороны, в соответствии со ст. 14 Федерального закона № 41-ФЗ за Счетной палатой РФ²² закреплены полномочия по выдаче представлений, предписаний, уведомлений о применении бюджетных мер принуждения, информационных писем по результатам контрольных и экспертно-аналитических мероприятий. Таким образом, аудит, осуществляемый Счетной палатой РФ, является непосредственно контролем, а точнее, государственным финансовым контролем, но никак не аудитом.

Обратимся также к понятийно-категориальному аппарату, который необходимо определить для исследуемого вида государственного контроля.

Само понятие «обязательное медицинское страхование» определено в Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), а именно: «ОМС - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования»²³. Таким образом, законодатель достаточно полно обозначил указанное понятие, определив, что предметом указанного вида страхования является страховой риск, связанный с возникновением страхового случая, а страховой случай, в свою очередь, это событие (оказание медицинской помощи), при котором предоставляется страховое обеспечение по ОМС. Но в этом случае снова возникает дуалистичность: с одной стороны, пациент, т.е. застрахованное лицо, гарантированно получит медицинскую

²² О Счетной палате Российской Федерации : федер. закон от 05 апреля 2013 г. № 41-ФЗ : принят Гос. Думой 22 марта 2013 г. : одобр. Советом Федерации 27 марта 2013 г. : ред. от 10.07.2023 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

²³ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

помощь в пределах ОМС, с другой – медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь, получит оплату только в случае оказания медицинской помощи надлежащего качества.

Необходимо также определить наличие тождественности между терминами «использование бюджетных средств» и «расходование бюджетных средств» с учетом того, что средства ОМС являются бюджетными средствами, аккумулируемыми в специально создаваемых для этих целей фондах. Напрямую законодатель не дает такого определения, однако БК РФ определяет под нецелевым использованием бюджетных средств направление средств бюджета бюджетной системы РФ и оплату денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной росписью, лимитами бюджетных обязательств, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо правовым актом, являющимся основанием для предоставления указанных средств. Соответственно расходование/использование бюджетных средств - процесс целенаправленного использования денежных ресурсов субъектами (государственными органами, юридическими и физическими лицами) для достижения конкретных целей, предусмотренных финансовым планом, бюджетом или договорными обязательствами в соответствии с законодательными и нормативными актами, регулирующими порядок, объемы и целевую направленность данных расходов. В связи с этим в дальнейшем термины «расходование» и «использование» будут в исследовании признаваться как тождественные, поскольку законодатель не определил их правовое различие. Аналогично тождественными будут использоваться термины «ненадлежащее расходование средств ОМС» и «нецелевое расходование средств ОМС». В настоящее время законодатель использует термин «нецелевое», как было указано выше.

Ненадлежащее расходование бюджетных средств включает в себя «нецелевое расходование бюджетных средств», «неэффективное расходование бюджетных средств» и «неправомерное расходование бюджетных средств»²⁴.

²⁴ Вифлеемский А. Б. Три "не" при квалификации нарушений // Финконтроль. 2019. № 3(17). С. 62-67.

Нецелевым использованием бюджетных средств признаются направление средств бюджета бюджетной системы РФ и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, что в итоге формирует административно или уголовно наказуемое деяние. Ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств закреплена ст. 285.1, 285.2 УК РФ²⁵ или ст. 306.4 БК РФ²⁶, ст. 15.14 КоАП РФ²⁷.

Условием ответственности является именно нарушение соответствия между условиями получения бюджетных средств и целями их расходования. Что касается объективной стороны, то в данном случае она характеризуется действием – расходованием бюджетных средств²⁸.

Вопрос о различиях уголовной ответственности за нецелевое использование бюджетных средств и схожих составов правонарушений в административном и бюджетном законодательстве активно исследуется в современной научной литературе. Ведущие специалисты в данной области (такие как З.И. Корякина, Н.С. Монгуш, В.А. Гречишников, Н.И. Жукова, Л.А. Кулий, А.Б. Вифлеемский) подчёркивают существенную специфику уголовно-правовых норм, которая проявляется в степени общественной опасности, объёме причинённого ущерба, субъектном составе и строгости санкций. В отличие от административных и бюджетных мер, уголовная ответственность предполагает более высокий порог последствий и направлена на борьбу с наиболее серьёзными нарушениями финансовой дисциплины²⁹.

²⁵ Уголовный кодекс Российской Федерации : от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : принят Гос. Думой 24 мая 1996 г. : одобр. Советом Федерации 5 июня 1996 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

²⁶ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

²⁷ Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях : от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 20 декабря 2001 г. : одобр. Советом Федерации 26 декабря 2001 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

²⁸ Марьина М. И., Сабанин С. Н. Особенности уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств // Символ науки: международный научный журнал. 2023. № 6-1. С. 120-123.

²⁹ Артымук В. А., Мустафина-Бредихина Д. М. Ответственность медицинских организаций за ненадлежащее расходование бюджетных средств // Закон и право. 2024. № 3. С. 51-58.

По мнению Корякиной З.И. и соавт.³⁰, существуют разногласия между источниками, регламентирующими юридическую ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств, что может быть причиной ошибок при квалификации правонарушений.

Считается, что в этой категории дел необходимо определить следующие характеристики: установить факт нецелевого расходования средств, наличие умысла у правонарушителя, конкретное время совершения деяния, а также размер потраченных ненадлежащим образом средств³¹.

Нецелевое расходование бюджетных средств квалифицируется БК РФ (ст. 306.4) как серьезное нарушение финансовой дисциплины. Законодательство предусматривает два основных вида ответственности за такие действия: принудительное изъятие потраченной суммы в бесспорном порядке или снижение объема финансовой помощи, выделяемой из вышестоящего бюджета (межбюджетных трансфертов).

Ст. 15.14 КоАП РФ³² предусматривает ответственность в виде административного штрафа или дисквалификации для должностных лиц, штраф от 5 до 25 процентов суммы средств, использованных не по целевому назначению для юридических лиц.

Нецелевое использование бюджетных средств, то есть их направление на нужды, не предусмотренные условиями финансирования, является уголовно наказуемым деянием, если сумма нарушения признана крупной (превышает 1,5 млн руб., ст. 285.2 УК РФ). За данное преступление ст. 285.1 УК РФ устанавливает альтернативные меры наказания: от значительных денежных взысканий (штрафов) до реального лишения свободы на срок до двух лет. К основному наказанию может

³⁰ Корякина З. И., Ксенофонтова Д. К. Отличия уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств от аналогичных правонарушений в административном и бюджетном законодательстве // Аграрное и земельное право. 2021. № 8(200). С. 95-98.

³¹ Жукова Н. И. Привлечение к административной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств // Вопросы российской юстиции. 2020. № 8. С. 512-519.

³² Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях : от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 20 декабря 2001 г. : одобр. Советом Федерации 26 декабря 2001 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

быть добавлено ограничение в виде лишения права занимать определенные должности на срок до трех лет ³³.

Если преступление, предусмотренное статьей 285.2 УК РФ, совершается по предварительному сговору группой лиц либо его сумма превышает установленный законом порог в 7,5 миллиона рублей (квалифицирующий признак «в особо крупном размере»), уголовная ответственность ужесточается. Законодатель устанавливает в этом случае альтернативную систему наказаний, которая включает:

1. Крупный денежный штраф. Его размер может быть фиксированным (от 200 до 500 тыс. рублей) или исчисляться исходя из размера заработка или иного дохода виновного лица за период от одного до трёх лет.

2. Принудительные работы. Максимальный срок данного вида наказания составляет пять лет. Суд вправе также назначить дополнительное наказание в виде запрета занимать некоторые должности или вести профессиональную деятельность (до трёх лет).

3. Лишение свободы. Наиболее строгая мера наказания, предусматривающая изоляцию от общества на срок до пяти лет. Как и в случае с принудительными работами, это наказание может быть дополнено таким же ограничительным запретом.

Выбор конкретной меры ответственности остаётся на усмотрение суда с учётом всех обстоятельств дела.

Таким образом, уголовная ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств предусмотрена в случае совершения деяний только в крупных или особо крупных размерах.

Многие авторы не понимают логику, на основании которой законодатель определил конкретную сумму более полутора миллионов рублей, после нецелевого

³³ Уголовный кодекс Российской Федерации : от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : принят Гос. Думой 24 мая 1996 г. : одобр. Советом Федерации 5 июня 1996 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

расходования которой возникает уголовная ответственность. В данном случае речь идет о несоразмерности опасности общественного деяния и наказания³⁴.

Некоторые авторы отмечали трудности толкования понятия «бюджетные средства», поскольку они в рассматриваемом преступлении выступают в качестве предмета, и ни уголовное, ни бюджетное законодательство не раскрывают данное понятие, что может способствовать неоднозначному его толкованию и проблемам при правоприменении³⁵.

Наиболее часто в определении понятия «бюджетные средства» используется информация из «Комментариев к УК РФ» (2020), которые определили это понятие как средства бюджетов различных уровней, за исключением средств государственных внебюджетных фондов³⁶. Тогда возникает коллизия: если нецелевое расходование бюджетных средств может стать основанием для уголовного преследования, то нецелевое расходование, к примеру, средств ОМС не может стать таковым.

Некоторые авторы отметили проблему толкования однозначности понятий «расходование» и «использование» по отношению к бюджетным средствам. Например, при раскрытии объективных признаков состава преступления, которое предусмотрено ст. 285.1 УК РФ, используется термин «расходование», в то время как БК РФ и КоАП РФ при, казалось бы, аналогичных обстоятельствах употребляют термин «использование»³⁷. По нашему мнению, законодателю следует прийти к единому понятийному аппарату и определить, что расходование бюджетных средств и использование бюджетных средств являются тождественными понятиями³⁸.

³⁴ Гречишников В. А. Проблемы ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств // Государственная служба и кадры. 2018. № 1. С. 179-181.

³⁵ Монгуш Н. С. Ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств как средство противодействия коррупции // Инновации. Наука. Образование. 2020. № 24. С. 732-737.

³⁶ Комментарий к Уголовному кодексу РФ в 4 т. Том 4. Особенная часть. Разделы X-XII / ответственный редактор В. М. Лебедев. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 270 с. (Профессиональные комментарии).

³⁷ Корякина З. И., Ксенофонтова Д. К. Отличия уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств от аналогичных правонарушений в административном и бюджетном законодательстве // Аграрное и земельное право. 2021. № 8(200). С. 95-98.

³⁸ Артымук В. А., Мустафина-Бредихина Д. М. Ответственность медицинских организаций за ненадлежащее расходование бюджетных средств // Закон и право. 2024. № 3. С. 51-58.

Л.А. Кулий на основе анализа исследований ученых и судебной практики были определены возможности и конкретные проблемы, возникающие на пути реализации положений ст. 76.2 УК.РФ для освобождения от уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств с назначением судебного штрафа. По мнению авторов, применение судебного штрафа за преступления против государственной власти является справедливым и экономически эффективным в том случае, если речь идет о значительной сумме штрафа³⁹.

Однако в целом большинство исследователей предлагают ужесточение наказания за нецелевое расходование бюджетных средств: изъятие административного наказания и дополнение уголовной ответственности, закрепление дополнительного штрафа в виде суммы, не меньшей, чем была потрачена ненадлежащим образом^{40,41}.

По мнению О.Г. Ивановой, выявление факта нецелевого использования бюджетных средств обусловлено выявлением элементов состава бюджетного нарушения, при этом требуется конкретизация элементов состава бюджетного правонарушения: разъяснение особенностей толкования и выявления вины, пределов относимости деяния к способам совершения бюджетного правонарушения, расширение перечня документов, определяющих цели использования финансовых ресурсов⁴².

Понятие «неэффективное использование бюджетных средств» и «неправомерное использование бюджетных средств» введено в классификатор Казначейства РФ. По этой квалификации ответственность за использование бюджетных средств до настоящего времени не регламентирована. Неэффективное

³⁹ Кулий Л. А., Козырь Г. И. Освобождение от уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств с назначением судебного штрафа // Интерактивная наука. 2020. № 8(54). С. 40-42.

⁴⁰ Гречишников В. А. Проблемы ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств // Государственная служба и кадры. 2018. № 1. С. 179-181.

⁴¹ Синчури О. В. Понятие коррупционных преступлений в сфере закупок и их классификация // Государственная служба и кадры. 2019. № 1. С. 125-129.

⁴² Иванова О. Г. Нецелевое использование бюджетных средств как основание юридической ответственности // Вестник магистратуры. 2019. № 11-4(98). С. 131-134.

использование бюджетных средств является достаточно субъективной, оценочной категорией (ст. 34, 162 БК РФ)⁴³.

При этом неэффективным считается использование бюджетных средств с превышением объема, установленного при их предоставлении (достаточного для достижения цели, результата) или недостижение результата, установленного при предоставлении бюджетных средств с использованием определенного при предоставлении объема бюджетных средств. В случае, если бюджетные (автономные) учреждения не обеспечивают достижения установленных целевых показателей эффективности, например, при использовании субсидий, такое расходование средств может считаться неэффективным (п. 6 ст. 69.2, п.1 ст.78.1, п.2 ст. 78.2 БК РФ)⁴⁴. При этом, на наш взгляд, должна оцениваться не только эффективность, но и целесообразность использования бюджетных средств, о чем было указано ранее, когда закупается дорогостоящее оборудование, но при этом оно не эксплуатируется в полном объеме либо не эксплуатируется вовсе. Подписание актов ввода в эксплуатацию еще не гарантирует фактической эксплуатации такого оборудования.

Неправомерным использованием бюджетных средств считается любая оплата денежных обязательств с нарушением бюджетного законодательства РФ и иных нормативных правовых актов, регулирующих бюджетные правоотношения, за исключением нецелевого использования бюджетных средств и оплаты денежных обязательств с нарушениями в документах.

Понятие «неправомерное расходование бюджетных средств» БК РФ не определено, а Министерство финансов РФ⁴⁵ считает, что «при отнесении действий (бездействия) участников бюджетного процесса к неправомерному расходованию бюджетных средств следует исходить из общепринятого в юридической практике признания неправомерными действий (бездействия) в случае, если они

⁴³ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁴⁴ Там же

⁴⁵ О неправомерном расходовании бюджетных средств : письмо Министерства финансов Российской Федерации от 25 апреля 2017 г. № 02-09-08/24851 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). Документ опубликован не был.

противоречат требованиям правовых норм», т.е. если они противоречат требованиям бюджетного законодательства РФ и иным нормативным правовым актам, регулирующим бюджетные правоотношения⁴⁶.

Отдельно следует проанализировать правила расходования денежных средств, полученных за оказанную медицинскую помощь в рамках ОМС непосредственно медицинскими организациями. Федеральный закон № 326-ФЗ четко регламентирует цели, на которые полученные медицинскими организациями средства могут быть потрачены. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС включает в себя возможность произвести расходы по следующим статьям:

- заработная плата, начисления на оплату труда, прочие выплаты,
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов,
- оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования),
- организация питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации),
- услуги связи,
- транспортные услуги,
- коммунальные услуги,
- работы и услуги по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств,
- расходы на арендную плату за пользование имуществом,
- программное обеспечение и прочие услуги,
- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы,

⁴⁶ Вифлеемский А. Б. Три "не" при квалификации нарушений // Финконтроль. 2019. № 3(17). С. 62-67.

- расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу⁴⁷.

На первый взгляд, представленный перечень предоставляет медицинским организациям значительную свободу в распоряжении выделенными ресурсами. Тем не менее излишне обобщённые формулировки создают пространство для субъективной интерпретации, что осложняет объективную оценку целевого использования финансирования. Яркой иллюстрацией этой дилеммы служит дифференциация в оплате труда: в то время как расходы на фонд заработной платы допустимы, выплата материальной помощи тому же сотруднику уже трактуется как нарушение⁴⁸. Аналогичный парадокс наблюдается в разрешении доплат за наставничество, финансируемых из средств ОМС, и одновременном запрете на оплату руководства практикой студентов⁴⁹, хотя по своей сути эти виды деятельности весьма схожи.

Медицинская организация также ограничена в закупке лекарственных препаратов, не входящих в жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП), за исключением случаев назначения таких препаратов врачебной комиссией по жизненным показаниям и в связи с индивидуальной непереносимостью при условии, что медицинская документация пациента оформлена корректно⁵⁰. Например, транспортные услуги фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов не могут быть оплачены за счет средств ОМС, что прямо указано в разделе 2.7. Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования,

⁴⁷ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024. П. 7, статья 35 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁴⁸ См., напр.: Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 6 июля 2021 г. N Ф04-3906/21 по делу N А03-10489/2019 // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/38181073/> (дата обращения: 23.09.2025).

⁴⁹ Решение Арбитражного суда Смоленской области от 26 сентября 2022 по делу N А62-907/2022 // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: https://www.garant.ru/files/6/4/1580946/reshenie_arbitragnogo_suda_smolenskoy_oblasti_ot_26_sentyabrya_2022_g_po_delu_n_a62.rtf (дата обращения: 23.09.2025).

⁵⁰ Постановление Арбитражного суда Московского округа от 2 февраля 2022 г. № Ф05-15531/20 по делу N А41-51473/2019 // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/69211366/> (дата обращения: 23.09.2025).

направленных письмом Минздрава России от 19 февраля 2024 г. N 31-2/200⁵¹. По всем остальным статьям расходов ситуация в целом аналогична. Таким образом, медицинские организации находятся в крайне стесненном положении, не имея практически никакой возможности использовать заработанные денежные средства по своему усмотрению. В особенности сложной такая ситуация является для медицинских организаций, которые не имеют иных источников финансирования, которыми они вправе распоряжаться по своему усмотрению (например, за счет средств от приносящей доход деятельности).

Проанализировав вышеизложенное, можно дать следующее определение «расходу (использованию) 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. Безусловно, сами фонды также являются участниками ОМС в соответствии со ст. 9 Федерального закона № 326-ФЗ⁵², деятельность которых подлежит контролю со стороны государства, однако указанный контроль также находится во взаимосвязи с конечными получателями медицинских услуг.

Таким образом, отметим, что, несмотря на большой пул законодательства о контроле (государственном контроле? аудите? законодатель однозначно, к сожалению, не разделяет и не классифицирует эти понятия) в сфере ОМС, он 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

⁵¹ О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 февраля 2024 г. № 31-2/200 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁵² Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

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». 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»⁵³.

1.2 Эволюция административно-правового регулирования системы обязательного медицинского страхования

Начальным этапом формирования системы ОМС в России принято считать первые десятилетия XX века. Однако практика предоставления медицинской помощи за счёт государственных средств и различных видов взносов зародилась значительно раньше.

Исследование положений Свода законов Российской империи (в частности, тома XIII - Устав об общественном призрении и Устав врачебный)⁵⁴ показывает, что лечение в государственных больницах могло финансироваться из разных источников. Например, городские сословия частично вносили платежи самостоятельно (эквивалентные примерно полуторадневному заработку), а за некоторые категории граждан взносы осуществляли работодатели. Согласно документам: «Мѣстные купцы и мѣщане содержатся въ городскихъ больницахъ бесплатно, если въ пользу сихъ больницъ поступают денежные от них сборы... а сборы собственно от купеческих и мѣщанских обществ». Лечение неимущих

⁵³ 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).

⁵⁴ Свод законов Российской империи // Официальный интернет-портал правовой информации: [портал]. URL: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?empire_iframe&bpas=303 (дата обращения: 23.09.2025).

пациентов могло оплачиваться за счёт «городских и сельских обществ, к коим они принадлежат». Для отдельных групп населения действовали специальные условия уплаты сборов, регламентированные местными правилами.

Зарождение института добровольного страхования в России относится к 1827 году, когда свою деятельность начало «Первое российское страховое от огня общество». Компания предлагала клиентам новые для того времени финансовые продукты — страхование жизни и защиту от последствий несчастных случаев. Вскоре на рынке появился серьёзный конкурент — Второе российское страховое общество, что свидетельствовало о растущем спросе на такие услуги. Приобретение страхового полиса в среде состоятельных граждан быстро превратилось в символический акт, подчёркивающий не только финансовую состоятельность, но и принадлежность к высшим слоям общества.

Интенсивное развитие экономики Российской империи повышало ценность рабочей силы, что стимулировало создание механизмов её защиты и медицинской поддержки. В 1861 году был принят закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казённых горных заводах», который предусматривал создание страховых касс. Эти фонды обеспечивали выплаты в случаях болезни, инвалидности или потери кормильца. Рабочие отчисляли в кассы 2–3% от заработной платы, а контроль над использованием средств осуществлялся заводами через аудиторские проверки в соответствии с их уставами.

Данные меры стали важными предпосылками для последующего формирования системы обязательного медицинского страхования в России.

В 1912 году в Российской империи было принято решение использовать германский опыт организации больничных касс. Именно в этот период был сформирован обширный блок законодательства, закрепивший правовые основы их деятельности. К ключевым актам можно отнести Закон 1912 года «О страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев», а также нормативные документы «О Совете по делам страхования рабочих» и «О присутствиях по делам страхования рабочих». Контроль за деятельностью касс возлагался на фабричные инспекции и страховые присутствия, а координацию в целом осуществлял Совет

по делам страхования рабочих, выступавший высшим органом управления. Таким образом, в стране складывалась достаточно стройная и уравновешенная система страхования трудящихся.

Тем не менее закон 1912 года имел и слабые стороны. Прежде всего обязательное медицинское страхование распространялось далеко не на всё население, а в основном на рабочих. Некоторые регионы вовсе не были включены в систему — в частности, Кавказ и Сибирь. Кроме того, при наступлении страхового случая работник получал главным образом денежное пособие, а не непосредственную медицинскую помощь, как это практикуется сегодня. Несмотря на данные ограничения, появление даже такой неполной модели обязательного медицинского страхования стало значительным шагом вперёд для государства.

Революционные потрясения 1917 года ознаменовали собой коренной перелом в социально-политическом устройстве страны. Уже 30 октября (12 ноября по новому стилю) новым правительством через Народный комиссариат труда была провозглашена декларация о введении системы всеобщего социального страхования. Этот новаторский для своего времени документ гарантировал защиту всем категориям наёмных работников и предусматривал покрытие всех возможных рисков при утрате средств к существованию, вплоть до обеспечения в случае безработицы. Финансирование системы полностью возлагалось на государство и нанимателей, что освобождало самих работников от необходимости вносить страховые взносы. Однако подобный порядок просуществовал недолго: уже в период НЭПа часть выплат снова стали удерживать с самих трудящихся.

Больничные кассы не были ликвидированы. Напротив, им поручили руководство всеми медицинскими учреждениями. Со временем их компетенции расширились, включив пенсионное обеспечение, страхование от безработицы и другие направления. Важным моментом стала смена терминологии: слово «страхование» в законодательстве было заменено на термин «обеспечение», который имел более широкий смысл и закрепился как в науке, так и в юридической практике. В 1918 году произошло объединение медицинских и санитарных подразделений, на базе которых был создан Народный комиссариат

здравоохранения. Его первым руководителем стал Н.А. Семашко, разработавший централизованную государственную модель здравоохранения.

Так называемая «система Семашко» строилась на нескольких принципиальных положениях: полная бесплатность медицинской помощи для населения; государственная форма собственности всех медицинских организаций, включая санаторно-курортные учреждения; приоритет профилактики над лечением; организация помощи по участковому и иерархическому принципу; финансирование здравоохранения исключительно из государственного бюджета, включая заработную плату медицинских работников. Таким образом, развитие ОМС в условиях революционных преобразований стало отражением перехода от капиталистической к социалистической модели социальной защиты. В общественном сознании эта система закрепились как «бесплатная медицина». Однако уже через четыре года после Октябрьской революции вновь появились страховые взносы, а также специализированные фонды⁵⁵.

Модель Семашко воплощала в себе социалистическую идею, где государство брало на себя полную ответственность за человека, включая заботу о его здоровье, и социальное обеспечение.

Контроль за расходованием государственных средств осуществлялся Народным комиссариатом здравоохранения РСФСР (НКЗ) и позже Народным комиссариатом здравоохранения СССР (НКЗиСС) — основным центральным органом по управлению финансами здравоохранения, который утверждал бюджеты, распределял средства между регионами и государственными учреждениями, контролировал внедрение реформ в охране здоровья. Отдельно следует отметить, что в этот период активно внедрялся во всех сферы общественной жизни партийный контроль: специально созданные партийные комитеты запрашивали информацию о надлежащем расходовании выделенных средств.

⁵⁵ О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом : Декрет Совета Народных Комиссаров от 15 ноября 1921 г. // Электронная библиотека исторических документов : [сайт]. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/350720> (дата обращения: 23.09.2025).

Опыт Великой Отечественной войны со всей очевидностью продемонстрировал системный кризис в организации медицинского обслуживания населения. Существовавшая модель здравоохранения оказалась неэффективной в противодействии тревожным тенденциям: растущей смертности, увеличению числа инвалидов и сохранению неудовлетворительного санитарно-гигиенического состояния. В качестве ответа на эти вызовы советским руководством был инициирован кардинальный пересмотр принципов оказания медицинской помощи.

Ключевой реформой стал отказ от индустриально-производственной системы в пользу универсального участково-территориального подхода. Данная мера была призвана восстановить фундаментальный принцип советской медицины — её всеобщую доступность для граждан. Финансирование обновлённой системы здравоохранения обеспечивалось из средств общесоюзного бюджета и бюджетов республик, входивших в состав СССР. Контроль над целевым расходованием выделенных ресурсов был возложен на вновь созданное в 1946 году Министерство здравоохранения СССР, его региональные подразделения, а также на общегосударственные контрольно-ревизионные органы⁵⁶. Средства на финансирование медицины выделялись из государственного бюджета СССР, а также из бюджетов союзных республик. Контроль за расходованием осуществляется Министерством здравоохранения СССР (образовано в 1946 году), территориальными органами управления здравоохранения и контрольно-ревизионными органами, которые осуществляли контроль и в других сферах.

Ключевой проблемой советской системы здравоохранения являлась её жёсткая подчинённость плановой экономике, что порождало системные изъяны. Вместо ориентации на качество и результат, медицинская отрасль функционировала в логике выполнения количественных показателей. Это выливалось в так называемую «гонку за цифрами»: приоритетом было формальное выполнение планов по наполнению коечного фонда и укомплектованию штата, а не эффективность лечения и удовлетворённость пациентов. Как следствие,

⁵⁶ Затравкин, С. Н., Вишленкова Е. А. Принципы советской медицины: история создания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 3. С. 491-498.

формальные успехи в отчётах (рост числа больничных коек и медработников) зачастую не коррелировали с реальным уровнем и доступностью квалифицированной медицинской помощи для граждан, что в конечном итоге подрывало качество всей системы.

В Конституции РСФСР 1978 года⁵⁷ определено, что «каждый гражданин Российской Федерации имеет право на бесплатную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения, а государство со своей стороны принимает меры, направленные на развитие здравоохранения, а также медицинского страхования граждан; поощряет деятельность, способствующую экологическому благополучию, укреплению здоровья каждого, развитию физической культуры и спорта»⁵⁸.

К концу 1970-х – началу 1980-х годов стало очевидно, что советская система здравоохранения истощила свой ресурс. Основными причинами этого стали хроническое недофинансирование и неэффективная организация управления. В поисках путей оптимизации были начаты эксперименты, включавшие внедрение бригадного метода оплаты труда медицинских работников и интенсификацию использования коечного фонда в крупных больницах.

Углубляющийся кризис политической и социально-экономической системы СССР, достигший пика к концу 1980-х годов, наиболее тяжело отразился на сфере здравоохранения. Несмотря на тотальный дефицит, распространение бартерных отношений (включая поставки медикаментов, лечебного питания и расходных материалов по взаимозачётам) и систематические задержки заработной платы, медицинская помощь населению продолжала оказываться во многом благодаря накопленному «запасу прочности» советской медицины.

После распада Советского Союза государственное финансирование здравоохранения резко сократилось. Это привело к свёртыванию многих научных исследований в медицинской области, массовой эмиграции

⁵⁷ Конституция (Основной закон) Российской Федерации – России от 12 апреля 1978 г. (ред. от 10 декабря 1992) // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/183126/> (дата обращения: 23.09.2025). Документ утратил силу.

⁵⁸ Там же.

высококвалифицированных специалистов и снижению объёмов производства лекарственных средств. В результате постсоветская система здравоохранения постепенно вступила в продолжительную фазу стагнации.

Переход к рыночным отношениям в 1990-е годы повлек за собой серьезные структурные преобразования, включая создание трехуровневой системы здравоохранения и принятие базовых законов, регулирующих охрану здоровья граждан. Однако ухудшение материального положения большинства россиян усугубило состояние общественного здоровья, вызвав рост заболеваемости социально-значимыми болезнями, снижение средней продолжительности жизни и увеличение показателей смертности среди взрослого населения и детей⁵⁹.

Основополагающим федеральным законодательным актом в сфере здравоохранения в РФ стали «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятые 22 июля 1993 года № 5487-1. Этот документ заложил правовую базу для дальнейшего развития отрасли и стимулировал динамичное совершенствование нормативно-правовой базы, направленной на охрану здоровья населения⁶⁰.

Кризисные 1990-е годы в России сопровождались глубоким социально-экономическим спадом, который оказал прямое негативное влияние на благосостояние граждан и состояние общественного здоровья. Резкое снижение уровня жизни стало катализатором системного ухудшения ключевых демографических и медико-социальных показателей.

Этот период характеризовался стремительным ростом заболеваемости социально обусловленными патологиями — туберкулёзом, ВИЧ/СПИД, алкоголизмом и наркоманией, что свидетельствовало о кризисе системы здравоохранения и социальной поддержки. Особую тревогу вызывала прогрессирующая депопуляция, вызванная, в том числе значительным сокращением ожидаемой продолжительности жизни. На этом фоне выделялась так

⁵⁹ Малека Ю. Н., Алимкин К. Г. Анализ системы здравоохранения в современной России и в годы СССР // ГосРег: государственное регулирование общественных отношений. 2020. № 1(31). С. 107-114.

⁶⁰ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. 1993. № 33. Ст. 1318; Российские вести. 1993. 9 сентября (№ 174). Документ утратил силу.

называемая «сверхсмертность» мужчин в трудоспособном возрасте, обусловленная ростом смертности от внешних причин (несчастные случаи, отравления, травмы), сердечно-сосудистых заболеваний и суицидов.

Ухудшение доступности и качества медицинской помощи также отразилось на уязвимых группах населения, проявившись в росте показателей материнской и младенческой смертности. Совокупность этих факторов — снижение рождаемости на фоне растущей смертности — привела к значительной естественной убыли населения, превратив демографическую ситуацию в вопрос национальной безопасности.

Таким образом, ухудшение здоровья населения в 1990-е гг. стало не только индикатором социального неблагополучия, но и реальной угрозой для человеческого потенциала и демографической стабильности страны, последствия которой ощущаются до сих пор⁶¹.

В 1997 году Правительством РФ была утверждена «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на период 1997–2005 гг.»⁶², а в 2000 году — «Концепция охраны здоровья населения до 2005 года»⁶³. Эти документы положили начало системному реформированию отрасли, первые результаты которого стали заметны уже через несколько лет. Ключевым шагом в этом процессе стала разработка и реализация масштабного национального проекта «Здоровье»⁶⁴.

Стоит отметить, что преобразования не могли привести к мгновенным улучшениям, что побуждало многих граждан, даже с невысокими доходами, обращаться к услугам частного здравоохранения.

⁶¹ 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.

⁶² О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации : постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 // Собрание законодательства Российской Федерации. 1997. № 46. Ст. 5312.

⁶³ Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года : распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. № 1202-р // Собрание законодательства Российской Федерации. 2000. № 37. Ст. 3734.

⁶⁴ О Совете при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов: Указ Президента Российской Федерации от 21 октября 2005 года № 1226 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2005. № 43. Ст. 4374. Документ утратил силу.

Со временем благодаря последовательным социально-экономическим мерам в медицинской сфере наметились положительные изменения. В частности, зафиксирован рост средней продолжительности жизни и устойчивое снижение младенческой смертности: с 4,5 на 1000 живорождённых в 2021 году до 4,2 в 2023⁶⁵.

Тем не менее, несмотря на законодательное закрепление социально значимых принципов и проведение структурных реформ, остаются серьёзные проблемы, включая высокую смертность среди взрослого населения и неудовлетворённость качеством медицинских услуг, во многом обусловленную недостаточным финансированием системы⁶⁶.

В рамках реализации государственной политики, направленной на улучшение демографической ситуации и качества жизни граждан, с 2019 года в РФ стартовал национальный проект «Здравоохранение». Его миссией является комплексная модернизация отечественной системы здравоохранения.

Инициатива охватывает несколько критически важных направлений. Одной из самых сложных задач стала ликвидация кадрового дефицита в медучреждениях, которая, к сожалению, пока не увенчалась полным успехом. В то же время в сфере охраны материнства и детства отмечается значительный прогресс — показатель младенческой смертности демонстрирует устойчивое снижение на протяжении нескольких лет подряд.

Особое внимание в проекте уделяется борьбе с главными причинами смертности взрослого населения — онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Параллельно ведется работа по изменению модели поведения граждан, направленная на увеличение охвата населения профилактическими осмотрами, что является фундаментом для долгосрочного улучшения общественного здоровья⁶⁷.

⁶⁵ Младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми (оперативные данные) // ЕМИСС (государственная статистика) : [сайт]. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61902> (дата обращения: 23.09.2025).

⁶⁶ 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.

⁶⁷ Паспорт национального проекта "Здравоохранение" : утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 № 16 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). Документ опубликован не был.

Распространение пандемии COVID-19 стало переломным моментом, оказавшим глобальное воздействие на национальные системы здравоохранения, включая российскую⁶⁸.

Кризис выступил в роли катализатора, обнажив системные уязвимости: недостаточную пропускную способность медицинских учреждений для массовой госпитализации, острый дефицит квалифицированных кадров на всех уровнях, а также нехватку средств индивидуальной защиты, усугубленную коррупционными практиками. Кроме того, обнаружилась институциональная ригидность, не позволившая системе оперативно адаптироваться к динамично меняющейся эпидемиологической обстановке.

Мировой опыт продемонстрировал, что ни одно государство не оказалось в полной мере готово к вызовам пандемии, что вынудило власти повсеместно экстренно решать давно назревшие структурные проблемы⁶⁹.

Анализ демографической ситуации и показателей общественного здоровья является ключевым для понимания перспектив развития любой страны. В фокусе внимания часто оказывается такой интегральный показатель, как ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ). На 2024 год этот показатель для РФ официально прогнозируется на уровне 74 лет. Однако при сравнительном анализе данная цифра выглядит достаточно скромно, существенно отставая от значений, характерных для большинства развитых государств, где ОПЖ нередко превышает 80-82 года.

Стремясь к сокращению этого разрыва, государственные стратегии и национальные проекты в сфере здравоохранения ставят амбициозные цели. Согласно официальным планам, к 2030 году планируется достичь отметки в 78 лет, а к 2045 году — выйти на уровень 84,5 лет. Эти цели предполагают реализацию комплексных мер, включающих совершенствование медицинской помощи, пропаганду здорового образа жизни, улучшение экологической обстановки и борьбу с социально значимыми заболеваниями.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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.

Тем не менее, ряд экспертов и представителей профессионального медицинского сообщества высказывают серьезные сомнения относительно достижимости этих показателей в заявленные сроки. Их прогнозы, основанные на анализе текущих тенденций, системных проблем здравоохранения и влияния внешних факторов, рисуют гораздо менее оптимистичную картину.

Ярким примером альтернативной точки зрения является прогноз, представленный известным организатором здравоохранения, профессором Г.Э. Улумбековой. Согласно ее расчетам, сделанным на 2023 год, Россия может столкнуться не с ростом, а со снижением ожидаемой продолжительности жизни до 70,1 года. Это означало бы негативный тренд — снижение показателя на 3,3 года по сравнению с доковидным 2019 годом. В качестве основных причин такого регресса эксперт называет комплекс проблем: последствия пандемии COVID-19 для здоровья нации, сохраняющуюся высокую смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточную эффективность первичного звена медицины, а также рост психосоциального стресса и связанных с ним патологий в обществе.

Таким образом, на сегодняшний день мы наблюдаем два противоположных сценария развития демографической ситуации в России: официально-оптимистичный, основанный на планах масштабных преобразований и увеличения инвестиций в человеческий капитал; экспертно-скептический, акцентирующий внимание на существующих вызовах и системных кризисах, которые могут нивелировать позитивные усилия.

Разрыв между этими прогнозами подчеркивает высокую степень неопределенности и зависимость конечного результата от целого ряда экономических, социальных и политических факторов. Достижение заявленных целей потребует не точечных мер, а глубокой, последовательной модернизации всей системы охраны здоровья населения страны⁷⁰.

В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204, устанавливающим национальные цели и стратегические задачи развития страны на

⁷⁰ Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б. Финансирование здравоохранения для достижения ожидаемой продолжительности жизни в России 78 лет к 2030 году // Народонаселение. 2022. Т. 25, № 1. С. 129-140.

период до 2024 года, одним из ключевых приоритетов являлось достижение устойчивого демографического роста. В рамках этой стратегии поставлена амбициозная цель — увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан до 78 лет, а в дальнейшей перспективе (к 2030 году) — до 80 лет. Достижение этих показателей обусловлено не только объемом финансовых вложений, но в первую очередь степенью доступности медицинских услуг для населения и значительным повышением их качества. Таким образом, именно уровень развития и эффективность системы здравоохранения выступают центральным фактором в решении поставленных государством демографических задач⁷¹. Очевидно, что продолжительность жизни населения нашей страны напрямую связана не столько с финансированием, сколько с охватом медицинской помощью и ее надлежащим качеством.

В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение», инициированного Министерством здравоохранения РФ, предусмотрено выполнение восьми ключевых направлений. Среди них — развитие первичной медико-санитарной помощи, усиление мер по противодействию сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, модернизация медицинской инфраструктуры для детей, повышение кадрового потенциала учреждений здравоохранения, расширение сети национальных исследовательских центров и внедрение передовых медицинских технологий, формирование единого цифрового пространства на базе ЕГИСЗ, а также стимулирование экспорта медицинских услуг. Ключевой целью проекта является создание комплексной государственной информационной системы в сфере здравоохранения, направленной на оптимизацию и цифровизацию взаимодействия между медицинскими организациями различного уровня. Внедрение ЕГИСЗ позволит сформировать унифицированное цифровое пространство, обеспечивающее прозрачность, оперативность и согласованность обмена данными. В рамках реализации проекта к единому информационному контуру будут подключены все медицинские

⁷¹ О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2018 г. № 204 : ред. от 21.07.2020 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

учреждения, включая поликлиники, стационары, диагностические центры и службы скорой помощи, расположенные на территории 89 субъектов Российской Федерации. Это создаст основу для повышения качества медицинской помощи, сокращения времени на административные процессы и улучшения координации между участниками системы здравоохранения.

Ключевым этапом в формировании современной законодательной базы и переосмыслении концепции медицинского обслуживания в России стало принятие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан», который вступил в силу 28 июня 1991 года. Данный нормативно-правовой акт сыграл приоритетную роль в переходе страны от централизованной советской системы здравоохранения к рыночным отношениям, заложив фундамент для создания страховой медицины. Закон не только установил правовые, экономические и организационные основы системы обязательного и добровольного медицинского страхования, но и впервые законодательно закрепил права пациентов, гарантии бесплатной медицинской помощи, а также принципы финансирования здравоохранения через страховые механизмы. Важным нововведением стало разделение функций между финансированием (страховые компании) и предоставлением медицинских услуг (медицинские учреждения), что создало предпосылки для формирования конкурентной среды и повышения качества обслуживания. Принятие этого закона ознаменовало собой начало глубоких структурных преобразований в отечественном здравоохранении и стало отправной точкой для создания современной системы медицинского страхования в РФ. Целью этого нормативно-правового акта стало повышение ответственности и заинтересованности как граждан, так и государства в сохранении здоровья населения и гарантировании конституционного права на медицинскую помощь⁷².

Законодательно были установлены две формы медицинского страхования: добровольное (включающее коллективное и индивидуальное) и обязательное. Тем не менее в течение отведённого двухлетнего периода так и не удалось

⁷² О медицинском страховании граждан в Российской Федерации : Закон Российской Федерации № 1499-1 от 28 июня 1991 // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. 1991. № 27. Ст. 920, 921. Документ утратил силу.

сформировать полноценную экономическую и организационную базу для системы ОМС. В результате значительная часть населения осталась без страхового покрытия. Это произошло как из-за административных барьеров, существовавших во многих регионах России, так и вследствие избирательной политики страховых медицинских организаций, которые предпочитали работать с категориями граждан, имеющих риски заболеваемости⁷³.

В 1993 году статус ФОМС и территориальных фондов был закреплён как самостоятельных некоммерческих финансово-кредитных организаций, что получило законодательное подтверждение в соответствующем законе о медицинском страховании. Однако в 2010 году с принятием Федерального закона № 326-ФЗ произошло разделение сфер регулирования: обязательное медицинское страхование (ОМС) было законодательно обособлено от добровольного (ДМС). С этого момента ДМС продолжает регулироваться преимущественно Законом РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и нормами Гражданского кодекса РФ⁷⁴.

Ключевое отличие между двумя системами проявляется в определении страхового риска: в рамках ОМС под ним понимается предполагаемое событие, влекущее необходимость финансирования медицинской помощи застрахованному лицу, тогда как в ДМС страховой риск трактуется более широко — как вероятное событие, на случай наступления которого осуществляется страхование.

Таким образом, добровольное и обязательное медицинское страхование регулируются различными правовыми подходами, что, на наш взгляд, обуславливает необходимость восстановления единых принципов регулирования в данной сфере. Подобный подход уже был реализован в Законе РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», который впоследствии утратил силу после принятия Федерального закона № 326-ФЗ.

⁷³ Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегии улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах / Г. Жаркович [и др.]. Москва : Федеральный фонд ОМС, 1998. 424 с.

⁷⁴ Об организации страхового дела в российской федерации : Закон Российской Федерации № 4015-1 от 27 ноября 1992 // КонсультантПлюс : [сервис]. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=491213> (дата обращения: 23.09.2025).

Важно отметить, что основой медицинского страхования вне зависимости от его вида является предоставление медицинской помощи — блага, имеющего универсальную ценность. Ключевое различие между системами заключается лишь в источниках финансирования. При этом страховые организации вправе работать как в системе ОМС, так и в системе ДМС. Однако критерии оценки качества медицинских услуг в этих системах различаются: для ОМС действует специально установленный регламент, тогда как для ДМС оценка проводится в общем порядке, без чётко закреплённой процедуры.

В этой связи актуальной задачей становится формирование единых организационных основ системы медицинского страхования, включая унификацию терминологии, стандартизацию правил страхования, а также гармонизацию механизмов государственного контроля за расходованием средств и оценкой качества медицинских услуг. Стоит подчеркнуть, что в рамках системы ОМС для граждан РФ действует заявительный принцип оформления страховки — путем прямого обращения в СМО.

Несмотря на декларируемую страховую модель, финансирование здравоохранения в России во многом сохраняет зависимость от личных средств населения, что проявляется в значительной роли ДМС. Низкий уровень государственного финансирования отрасли остается серьёзным барьером на пути к достижению всеобщего охвата населения качественной медицинской помощью⁷⁵.

Безусловно, формально большинство граждан рассчитывает на получение медицинской помощи в рамках государственной системы, финансируемой за счёт обязательных страховых взносов, но на практике возникает устойчивая тенденция к миграции пациентов в частный сектор. К этому побуждает комплекс факторов: неудовлетворительное качество услуг, длительные сроки ожидания лечения и низкий уровень пациентоориентированности. Примечательно, что корень каждой

⁷⁵ 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.

из этих проблем прямо или косвенно произрастает из системного недофинансирования государственной медицины, что в итоге стимулирует рост спроса на ДМС и коммерческие медицинские услуги⁷⁶.

Несмотря на то что формально большинство граждан России рассчитывает на получение медицинской помощи в рамках государственной системы — финансируемой опосредованно через механизм обязательных страховых взносов, на практике возникает сложная дилемма. Рядовой пациент сталкивается с рядом объективных и субъективных барьеров, которые подталкивают его к поиску альтернатив. К ним относятся не только общеизвестные проблемы, такие как длительные сроки ожидания диагностики, консультаций специалистов и плановых операций, но и более глубокая системная проблема: низкая степень пациентоориентированности. Это проявляется в недостатке времени на приёме, обезличенном подходе, бюрократизированных процессах и зачастую в отсутствии комфортных условий пребывания в медицинских учреждениях.

Примечательно, что каждая из этих причин прямо или косвенно коренится в одном фундаментальном факторе — хроническом недостатке финансирования государственного сектора здравоохранения. Именно этот финансовый дефицит обуславливает кадровый голод, устаревшую материально-техническую базу и перегруженность мощностей, что в совокупности и формирует ту самую негативную потребительскую среду. В качестве ответа на эти вызовы граждане всё активнее обращаются к услугам частной медицины. Одним из ключевых инструментов доступа к ней становится оформление договоров ДМС, которое позволяет нивелировать риски и заранее планировать личные расходы на здоровье.

Более того, степень удовлетворённости населения медицинской помощью демонстрирует прямую корреляцию с уровнем среднедушевых доходов. Экономически обеспеченные слои общества, обладая финансовой устойчивостью и возможностью выбора, склонны в меньшей степени акцентировать внимание на системных недостатках в работе государственных и муниципальных медицинских

⁷⁶ 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.

организаций. Они делегируют решение своих проблем со здоровьем частному сектору, где главными аргументами являются скорость, сервис и персональное внимание. Таким образом, доступ к качественной медицине всё чаще начинает восприниматься не как универсальная гарантия государства, а как функция личного благосостояния.

Проведенный исторический экскурс в эволюцию системы ОМС в России наглядно иллюстрирует, что её становление носило турбулентный и неравномерный характер, находясь в жёсткой зависимости от политико-экономического устройства страны на каждом конкретном этапе. Финансовая модель системы неоднократно радикально трансформировалась: бремя взносов перераспределялось между основными субъектами — работодателями, государством и непосредственно застрахованными лицами. В разные периоды новейшей истории личное участие граждан варьировалось от полностью нулевой нагрузки (когда финансирование ложилось на бюджет и взносы предприятий) до моделей, предполагающих удержание нескольких процентов от заработной платы, что отражало поиск оптимального баланса между солидарностью и личной ответственностью в вопросах здоровья нации.

Кроме того, выявился концептуально разный подход к правовому регулированию обязательного и добровольного медицинского страхования, в основе которого лежит непосредственно оказание медицинской помощи, а источник финансирования 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. Кроме того, целевое расходование средств ОМС находится под пристальным вниманием государства, в то время как система добровольного медицинского страхования, 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. По нашему мнению, это ведет к дискриминационному подходу в оценке как 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 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.

ГЛАВА 2. СУБЪЕКТНЫЙ СОСТАВ И ПРЕДМЕТ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъекты государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования

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».

Но здесь проявляется одна особенность: ст. 7 вышеуказанного ФЗ устанавливает контрольно-надзорные полномочия также за МЗ РФ с правом выдачи предписаний, а именно:

- надзор за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов РФ по вопросам переданных полномочий, с правом направления обязательных для исполнения предписаний об отмене нормативных правовых актов или о внесении в них изменений. Указанный надзор регулируется специальным нормативным правовым актом⁷⁷, которым предусмотрено, что надзор осуществляется через проведение мониторинга нормативных правовых актов субъектов РФ, проведение внеплановых документарных проверок.

⁷⁷ Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 сентября 2016 г. № 654н // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2016. № 48.

- контроль за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий с правом направления обязательных для исполнения предписаний об устранении выявленных нарушений, а также о привлечении к дисциплинарной ответственности должностных лиц органов государственной власти субъектов РФ и территориальных фондов за неисполнение или ненадлежащее исполнение переданных полномочий⁷⁸.

В свою очередь ФОМС обладает следующими контрольно-надзорными полномочиями:

- контроль за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения, в том числе проверки деятельности ТФОМС по выполнению функций администратора доходов бюджета ФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, ФОМС вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по указанным страховым взносам, пени и штрафы;

- контроль за соблюдением законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС, в том числе проведение проверок и ревизий;

- контроль за функционированием информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС.

В ст. 266.1 Бюджетного кодекса РФ (БК РФ) прямо обозначено, что «юридические лица, получающие средства из бюджетов государственных внебюджетных фондов по договорам о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования», являются объектом государственного финансового контроля.

Федеральное казначейство РФ (после упразднения в 2016 году Росфиннадзора) и Счетная палата РФ осуществляют полномочия по государственному финансовому контролю на основании ст. 157 БК РФ. При этом

⁷⁸ Об утверждении Порядка осуществления контроля за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. № 1340н : ред. от 06.05.2022 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

Счетная палата РФ является органом внешнего государственного финансового контроля, а Федеральное казначейство – органом внутреннего государственного финансового контроля. Процессуальная регламентация внутреннего государственного финансового контроля осуществляется Федеральным стандартом внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля "Проведение проверок, ревизий и обследований и оформление их результатов", утвержденным постановлением Правительства РФ от 17.08.2020 г. № 1233 и рядом ведомственных нормативных правовых актов⁷⁹.

Анализ положений БК РФ и других нормативных правовых актов позволяет выделить следующие полномочия Федерального казначейства в части государственного финансового контроля за расходованием средств ОМС:

1. Казначейское сопровождение (поскольку средства ОМС являются целевыми) и соответственно бюджетный мониторинг;
2. Контроль за целевым использованием межбюджетных трансфертов (если средства в систему ОМС поступают в виде субсидий или межбюджетных трансфертов территориальным фондам);
3. Контроль за соблюдением при оформлении финансовых операций;
4. Участие в межведомственных контрольных мероприятиях.

Рассматривая природу внешнего финансового контроля, осуществляемую Счетной палатой РФ, отметим одну особенность. Согласно ст. 15 Федерального закона от 05.04.2013 г. «О Счетной палате Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 41-ФЗ) Счетная палата РФ осуществляет внешний государственный аудит (контроль) в отношении государственных внебюджетных фондов и юридических лиц, получающих средства по договорам о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования⁸⁰. То есть по смыслу БК РФ (где аудит в качестве синонима понятию «контроль» не указан) Счетная палата РФ

⁷⁹ Об утверждении федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля "Проведение проверок, ревизий и обследований и оформление их результатов" : постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2020 г. № 1235 : ред. от 24.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁸⁰ О Счетной палате Российской Федерации : федер. закон от 05 апреля 2013 г. № 41-ФЗ : принят Гос. Думой 22 марта 2013 г. : одобр. Советом Федерации 27 марта 2013 г. : ред. от 10.07.2023 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

осуществляет все же не аудит, а контроль, тогда остается неясным, для чего законодатель применяет в профильном федеральном законе эти понятия как синонимичные.

В 2024 году Счетная палата РФ инициировала и провела масштабную проверку в сфере здравоохранения. К работе были привлечены контрольно-счетные органы двадцати субъектов РФ, что позволило обеспечить широкий территориальный охват и репрезентативность исследования.

В фокусе совместного экспертно-аналитического мероприятия, получившего официальное название «Аудит использования средств обязательного медицинского страхования (ОМС) медицинскими организациями в 2021-2023 гг.», находился анализ целевого и эффективного расходования финансовых ресурсов в системе ОМС. Проверка охватила трехлетний период, что дало возможность не просто зафиксировать разовые нарушения, но и проанализировать динамику, выявить системные проблемы и тенденции в финансировании медучреждений. По завершении первого этапа аудита был опубликован доклад с промежуточными результатами. Данный отчет содержит первоначальные выводы и наблюдения, которые легли в основу для дальнейшей работы и разработки рекомендаций по повышению эффективности использования средств обязательного медицинского страхования и улучшению качества предоставляемых медицинских услуг.

Анализ выявил существенные диспропорции в структуре указанных затрат, а также признаки неэффективного использования выделяемых средств по различным направлениям деятельности медицинских организаций. К 1 октября 2023 года в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) функционировало 5 523 медицинские организации. Из них лишь 6 учреждений относились к муниципальной системе здравоохранения, в то время как частный сектор был представлен 3 392 организациями. Подобная статистика свидетельствует о растущем значении частных медицинских учреждений в системе ОМС и позволяет прогнозировать дальнейшее усиление их роли в обеспечении населения качественной и доступной медицинской помощью.

Кроме того, в 2025 году Счетная палата РФ опубликовала итоги анализа системы ОМС и рекомендовала правительству пересмотреть подходы к тарифообразованию на оказание медпомощи в рамках обязательного медицинского страхования, поскольку недостатки нормативно-правового и методологического обеспечения системы в ряде случаев приводят к формированию тарифов, размер которых не соответствует затратам. Кроме того, Счетная палата РФ рекомендовала расширить полномочия Федеральной антимонопольной службы РФ (далее - ФАС России) и наделить их полномочиями по регулированию тарифов и разработок методик их расчета⁸¹. Такая позиция органа государственного аудита свидетельствует о том, что неэффективность системы финансирования и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования очевидна уже всем субъектам государственного контроля.

Исследование структуры затрат в системе ОМС выявило, что почти две трети (66%) всего объема финансирования направляется на фонд оплаты труда. Значительные доли расходов также приходятся на лекарственное обеспечение (16,6%) и оплату прочих работ и услуг (9,2%). При этом отмечается существенная вариативность в распределении статей затрат в зависимости от региональной специфики и профиля медицинского учреждения.

Ключевым фактором, обуславливающим нерациональное использование средств ОМС, является завышенная численность персонала, не вовлеченного непосредственно в процесс оказания медицинской помощи. Данная ситуация указывает на избыточность административных функций и наличие потенциала для оптимизации издержек. Одним из путей повышения эффективности может стать централизация однотипных административно-хозяйственных процедур на региональном уровне.

Отдельной проблемой, выявленной Счетной палатой РФ, является отсутствие прозрачности в механизме распределения средств нормированного страхового запаса ТФОМС, предназначенных для приобретения медицинской

⁸¹ Счетная палата предложила изменить подход к тарифообразованию в системе ОМС // РИА новости : [портал]. URL: <https://ria.ru/20250403/medpomoshch-2009000528.html> (дата обращения: 23.09.2025).

аппаратуры. В 2021-2022 гг. фактические расходы по данной статье не превысили 62% от запланированных объемов финансирования. При этом распределение выделенных средств между медицинскими организациями носило крайне неравномерный характер: одни учреждения получили 100% финансирования, тогда как другим было доведено лишь половина (50%) от запрошенных сумм.

Диспропорция в освоении средств также проявляется в двух разнонаправленных тенденциях. С одной стороны, за указанный период просроченная кредиторская задолженность медучреждений возросла на 16,4%. С другой стороны, в ряде субъектов РФ был зафиксирован значительный объем остатков неиспользованных субвенций, предназначенных на цели ОМС. Результаты контрольных мероприятий, инициированных ТФОМС, выявили тревожную тенденцию: на фоне общего ослабления финансовой дисциплины нецелевое использование средств возросло на 22,7%. В абсолютных цифрах это означает, что было необоснованно потрачено дополнительно 2,9 миллиарда рублей⁸².

Одним из ключевых выводов, представленных Счетной палатой РФ, является отсутствие в нормативной базе, регулирующей проведение проверок ТФОМС, требований к анализу причин нарушений в финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, а также к разработке рекомендаций по повышению эффективности использования средств ОМС.

Данный пробел свидетельствует о недостаточной гибкости системы обязательного медицинского страхования и указывает на необходимость внедрения современных механизмов финансирования и контроля. В качестве перспективного направления может рассматриваться переход к риск-ориентированному подходу при осуществлении контроля за расходованием средств ОМС. Реализация такого подхода, однако, потребует существенной корректировки действующего законодательства в сфере ОМС.

⁸² Изотова Г. Отчет о промежуточных результатах экспертно-аналитического мероприятия «Аудит использования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями в 2021-2023 годах». Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 22 декабря 2023 года. 2024. 56 с. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/c10/1qr211q596wcmgfabm5c3fa1egea4usz.pdf> (дата обращения: 23.09.2025).

По прогнозам Счетной палаты РФ, динамика основных параметров бюджетов бюджетной системы РФ на 2023–2025 гг. будет характеризоваться снижением доли доходов в ВВП к 2025 году по сравнению с 2022 годом с 35,7 % до 34,3 % и расходов – с 36,6 % до 34,8 %.

В соответствии с п. 7 ст. 33 Федерального закона № 326-ФЗ⁸³ ФОМС также наделен полномочиями по контролю за соблюдением субъектами, участниками ОМС, законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования с правом проведения проверок и ревизий. Административно-процессуальное регулирование проведения этих контрольных мероприятий будет описано во 2 главе.

Контрольно-счетные органы субъектов Российской Федерации также играют важную роль в обеспечении надзора за использованием средств системы обязательного медицинского страхования. Их деятельность регламентируется Федеральным законом от 7 февраля 2011 г. № 6-ФЗ «Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, федеральных территорий и муниципальных образований»⁸⁴, который устанавливает общие принципы организации и функционирования этих органов на региональном уровне, а также на уровне федеральных территорий и муниципальных образований. В соответствии с этим законом контрольно-счетные органы наделены следующими компетенциями:

- координация и реализация контроля за правомерностью и рациональностью расходования средств бюджета территориального государственного внебюджетного фонда (данная функция носит преимущественно надзорный характер);

- проведение внешней проверки годового отчета о выполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда;

⁸³ См.: П. 7, статья 33 Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁸⁴ Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, федеральных территорий и муниципальных образований : федер. закон от 07 февраля 2011 г. № 6-ФЗ : принят Гос. Думой 28 января 2011 г. : одобр. Советом Федерации 2 февраля 2011 г. : ред. от 08.08.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

- осуществление оперативного анализа хода исполнения и контроля за организацией выполнения бюджета территориального государственного внебюджетного фонда в течение текущего финансового года с представлением ежеквартальной информации о состоянии бюджетного процесса;

- другие полномочия в области внешнего государственного финансового контроля, предусмотренные федеральным законодательством, Конституцией (уставом) и законами соответствующего субъекта РФ.

Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 29 марта 2022 года было принято важное нормативное решение — постановление № 2ПК, которым утверждаются единые требования к стандартам внешнего государственного и муниципального аудита (контроля). Данный документ устанавливает обязательные к применению принципы и процедуры при организации и проведении контрольных и экспертно-аналитических мероприятий контрольно-счетными органами как на уровне субъектов РФ, так и в муниципальных образованиях. Основной целью введения этих стандартов является унификация методологической базы и обеспечение высокого качества аудиторской деятельности, что способствует повышению прозрачности, объективности и достоверности результатов проводимых проверок. Стандарты охватывают широкий спектр аспектов: от планирования и документального оформления до реализации контрольных мер и составления итоговых документов. Важно отметить, что утвержденные требования направлены на совершенствование системы финансового контроля и усиление роли контрольно-счетных органов в обеспечении эффективного и целевого использования бюджетных средств, а также в повышении уровня подотчетности органов государственной власти и местного самоуправления.

Таким образом, постановление № 2ПК играет значимую роль в формировании единого правового поля для осуществления внешнего аудита и контроля на всех уровнях публичной власти в Российской Федерации⁸⁵.

⁸⁵ Общие требования к стандартам внешнего государственного и муниципального аудита (контроля) для проведения контрольных и экспертно-аналитических мероприятий контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации и муниципальных образований : утв. постановлением Коллегии Счетной палаты РФ от 29 марта 2022 г. № 2ПК // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). Документ опубликован не был.

Страховые медицинские организации (далее - СМО) также являются субъектами контроля за расходованием средств ОМС. Итак, СМО – это страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством РФ порядке, которая играет не меньшую роль в системе контроля за расходованием средств ОМС. Указанные организации не вправе более осуществлять иные виды деятельности, т.е. вовлечены только в работу в системе ОМС. На сегодняшний день «рынок» страховых услуг практически полностью заполнен частными страховыми медицинскими организациями, анализ реестра СМО, размещенный на официальном портале МЗ РФ, позволил найти только одну государственную СМО в форме государственного унитарного предприятия. Каждый гражданин, желающий получать медицинскую помощь за счет средств ОМС, вправе выбрать самостоятельно страховую медицинскую организацию. В России конкуренция СМО ограничена. СМО привлекают людей через обслуживание клиентов (более быстрое оформление полисов ОМС, более качественная обработка жалоб пациентов и качество колл-центра), но у них отсутствует конкуренция по пакету льгот, размеру премии или качеству обслуживания. Эти позиции исключены конструкцией системы ОМС. Медицинские страховщики не могут предлагать планы страхования с переменными взносами или ограниченную сеть поставщиков с конкретными льготами и ставками взносов, как это имеет место во многих странах с несколькими покупателями медицинских услуг (например, в Германии, Нидерландах, Швейцарии и Израиле). Объявленную конкуренцию за качество («лучшие страховщики заключают контракты с лучшими поставщиками») трудно реализовать из-за отсутствия информации для потребителей. На самом деле, выбор СМО гражданином осуществляется «вслепую», поскольку большую разницу, выбрав ту или иную организацию, он вряд ли заметит. По факту «рынок страховых услуг в системе ОМС» неофициально разделен по субъектам РФ. В открытых источниках официальных рейтингов по качеству работы и объему оказываемых услуг населению также нет. Результаты «тематической экспертизы» деятельности поставщиков страховых услуг могут быть полезными, но они не предаются гласности и редко используются органами здравоохранения. Существует

некоторый элемент распределения рисков между территориальным фондом ОМС и СМО, что также является частью схемы ОМС. В случае недорасхода (когда расходы страховщика на здравоохранение падают ниже доходов страховщика) страховщики здоровья должны вернуть большую часть сбережений в фонд. Презумпция заключается в том, что финансовые ресурсы ОМС принадлежат государству, за исключением административных расходов.

В более частом случае перерасхода страховщики здоровья могут обратиться в региональный фонд ОМС за получением субсидий, которые выплачиваются из так называемого нормированного страхового запаса, который может быть использован только в целях, прямо определенных Федеральным законом № 326-ФЗ⁸⁶. Он управляется ТФОМС и выступает в качестве пула для обеспечения платежеспособности СМО. СМО несут ответственность за финансовые риски только в пределах своего дохода на душу населения. Остальные риски несут ТФОМС и медицинские организации, и доля ответственности каждого четко не определена. При внедрении в систему ОМС после получения лицензии СМО заключают с территориальным фондом ОМС договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, согласно которому страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств. Указанные договоры предусматривают выплату вознаграждения, которое СМО, безусловно, заинтересованы получить. СМО, осуществляющие контроль качества оказания медицинской помощи, имеют финансовую заинтересованность в экономии ресурсов и увеличении количества нарушений, поскольку получают вознаграждение в размере от 1% до 2% от суммы средств, поступивших в нее (рассчитываются от числа застрахованных и дифференцированного подушевого норматива). Более того, существует возможность получения дополнительных доходов (от 10 до 25%) от применения к

⁸⁶ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и экономии годового объема средств, предназначенных на оплату медицинской помощи.

Современные исследования в сфере здравоохранения России выявили комплексный характер проблем финансирования. Помимо общепризнанного дефицита бюджетных средств, ключевой вызов заключается в недостаточно рациональном и эффективном распределении уже имеющихся финансовых ресурсов.

Эксперты подчеркивают, что разработка и внедрение оптимизированных моделей структуры расходов на медицинскую помощь в регионах РФ приобретает стратегическое значение. Такой подход позволяет сформировать более точное представление о реальных потребностях в ресурсах для достижения приоритетных целей: значительного снижения показателей заболеваемости и смертности населения, а также минимизации незапланированных затрат на оказание медицинских услуг.

Создание эффективной системы планирования, распределения и контроля использования ресурсов в здравоохранении требует многофакторного анализа. Необходимо учитывать текущее состояние материально-технической базы и кадрового потенциала, региональные особенности эпидемиологической ситуации и структуры заболеваемости, климато-географические характеристики и транспортную доступность медучреждений, демографические тенденции и возрастную структуру населения, особенности системы медицинского страхования в конкретном регионе.

Реализация такого комплексного подхода позволит не только оптимизировать расходы, но и повысить качество медицинской помощи при сохранении финансовой устойчивости региональных систем здравоохранения.

Классификация расходов на здравоохранение, установленная п. 9 ст. 21 БК РФ⁸⁷, охватывает следующие ключевые направления:

- стационарную медицинскую помощь;
- амбулаторное обслуживание населения;
- медицинскую помощь, оказываемую в дневных стационарах различных типов;
- скорую медицинскую помощь;
- санаторно-оздоровительные услуги;
- комплекс мероприятий по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и её компонентов;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- прикладные научные исследования в области здравоохранения;
- иные направления, связанные с развитием и функционированием системы здравоохранения.

Данная классификация служит основой для планирования и финансирования медицинской отрасли в рамках государственного бюджета. Удивительно, что наименования бюджетных расходов не совпадают с терминологией базового Федерального закона № 323-ФЗ⁸⁸, что наводит на мысль о необходимости еще большей систематизации законодательства об обязательном медицинском страховании. БК РФ также дает понятие государственного (муниципального) задания как документа, который определяет требования к услугам: состав, качество, объем, содержание, результат и т.д. По сути, формирование государственных заданий для всех государственных бюджетных и автономных организаций, в том числе осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по мнению Тимофеевой О.И., является обязательным, и проведение закупок без наличия этого

⁸⁷ См.: П. 9, статья 21 Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁸⁸ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : принят Гос. Думой 1 ноября 2011 г. : одобр. Советом Федерации 9 ноября 2011 г.: ред. от 23.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

документа считается серьезным нарушением. Согласно п.3 ст. 2 Федерального закона №323-ФЗ, медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; а медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

То есть медицинская помощь и медицинская услуга - смежные, но разные категории, поскольку медицинская помощь – это более широкое понятие, состоящее как раз из медицинских услуг. Вопрос о целесообразности сохранения понятия «медицинская услуга» до настоящего времени остается дискуссионным, поскольку изначально термин имел исключительно экономический смысл, применялся для расчета стоимости оказанной медицинской помощи, однако в дальнейшем вылился в проблемы, связанные с уголовным преследованием медицинских работников, которые, к счастью, должны после внесения изменений в конце 2024 года в УК РФ⁸⁹ уйти в прошлое.

Далее речь пойдет о закупке государством медицинских услуг у так называемых «поставщиков», под которыми подразумеваются медицинские организации, имеющие лицензию на соответствующие виды деятельности. Закупкой медицинских услуг называется направление средств поставщикам услуг для удовлетворения потребностей населения. Закупки в России представляет собой сочетание централизованного планирования и прямого договорного взаимодействия плательщиков и поставщиков. Основные проблемы действующей модели ОМС сосредоточены именно в закупках медицинских услуг. Первая проблема заключается в том, что планирование использования медицинской помощи и распределение объемов медицинской помощи между поставщиками плохо ориентировано на повышение эффективности здравоохранения и носит непрозрачный характер. Предполагаем, что распределение так называемых

⁸⁹ Уголовный кодекс Российской Федерации : от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : принят Гос. Думой 24 мая 1996 г. : одобр. Советом Федерации 5 июня 1996 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

«объемов ОМС» предусматривает в большей степени выравнивание финансирования медицинских организаций государственного сектора. Основным инструментом закупки является плановое использование помощи по отраслям системы здравоохранения с последующим распределением плановых объемов помощи по каждому поставщику медицинских услуг. Планирование в регионах основывается на целевых показателях использования (например, количество посещений врачей, госпитализаций на душу населения) и целевых показателях удельных затрат (за одно посещение, за один прием), установленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ). В течение последних двух десятилетий Правительство РФ разрабатывало годовые программы, корректируя значения, в зависимости от финансовых возможностей государства. Целевые показатели программы на протяжении многих лет были обязательными во всей стране, и только недавно была разрешена корректировка целевых показателей с учетом региональных потребностей в области здравоохранения.

Стратегическое планирование в масштабах государства направлено на трансформацию системы оказания медицинских услуг. Ключевыми векторами этой трансформации являются перевод значительного объема помощи из стационарного сектора в амбулаторный, усиление роли первичного звена здравоохранения, а также активное развитие и интеграция форм дневного стационара. Функционал по закупке и распределению медицинской помощи институционально разделен между двумя ключевыми подразделениями: Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и СМО. Комиссия, выступая в роли коллегиального представителя интересов всех субъектов системы охраны общественного здоровья, выполняет функцию агрегированного заказчика услуг. При этом решающая роль в утверждении финальных решений относительно объемов предоставляемой помощи и их финансирования остается за исполнительным органом государственной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения и территориальным фондом ОМС.

Некоторые представители СМО участвуют в обсуждении планов в комиссии, но их роль ограничена. После планирования и согласования объемов медицинской помощи СМО заключают договоры с поставщиками услуг на оказание медицинской помощи и оплату счетов. Возмещение основано на методах оплаты поставщика, используемых в субъекте РФ. Недостаточное обеспечение запланированного объема указывает на то, что медицинская организация не получит запланированного объема финансирования, а превышение может быть не возмещено. Контрактные объемы могут быть скорректированы путем нового раунда переговоров с поставщиками с некоторой вероятностью установления более высоких объемов. Иногда выплаты производятся только после судебного разбирательства, т.е. медицинские организации, как поставщики медицинских услуг, имеют высокие риски. Во всех регионах используются единые формы оплаты (с небольшими вариациями): подушевая (для первичной медико-санитарной помощи) и групповая (по диагнозу клинико-статистической группы (КСГ) как метод оплаты оказанной медицинской помощи в условиях стационара). Поликлиникам, как поставщикам первичной медико-санитарной помощи, дополнительно оплачиваются проведение профилактических осмотров и некоторые другие медицинские услуги. Подушевые выплаты могут быть уменьшены, если в поликлинике посещений врача состоялось меньше, чем было запланировано. Ставки обычно корректируются для больниц, которые теряют доход при использовании этого метода.

Как было указано выше, СМО заинтересованы в снижении оплаты медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь в рамках ОМС.

Очевидно, что, если речь заходит о государственных закупках, еще одним контрольно-надзорным органом в части расходования средств ОМС является ФАС, которая осуществляет контроль за соблюдением антимонопольного законодательства.

Одной из ключевых обязанностей ФАС является проверка обоснованности тарифов, устанавливаемых для оказания медицинской помощи в рамках системы ОМС. Эти тарифы формируют основу финансирования медицинских организаций

и должны быть справедливыми, конкурентными и незавышенными. ФАС России проводит анализ случаев, когда тарифы могли быть завышены или занижены для отдельных медицинских организаций, что могло бы привести к неэффективному распределению средств.

ФАС России также контролирует, чтобы в системе ОМС не происходила монополизация рынка медицинских услуг. Например, если в субъекте РФ существует только одна СМО или ограниченное число медицинских организаций, это может привести к искажению конкуренции и повышению расходов.

Также ФАС России выявляет случаи антиконкурентных соглашений между СМО, медицинскими организациями или территориальными фондами ОМС, которые могут оказывать влияние на доступность и качество медицинской помощи.

В полномочия ФАС России также входит контроль за закупочными процедурами в сфере здравоохранения. Особое внимание уделяется ситуациям, когда финансирование в рамках ОМС распределяется преимущественно между определенными организациями, что может свидетельствовать о коррупционных схемах.

Если средства ОМС распределяются на услуги, которые не включены в территориальную программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, это может являться нарушением. ФАС России проверяет такие случаи, чтобы средства тратились строго по целевому назначению. Здесь имеет место определенное дублирование как полномочий Федерального фонда, так и Счетной палаты РФ и территориальных фондов.

В системе ОМС ФАС России обладает полномочиями по контролю за страховыми медицинскими организациями, которые иногда необоснованно отказывают в оплате услуг медицинским организациям. Такие отказы могут быть вызваны нарушениями в расчетах, неправомерно примененными санкциями или злоупотреблением полномочиями со стороны СМО.

Для реализации всех вышеуказанных полномочий в ФАС России с 2020 года осуществляет свою деятельность Управление контроля здравоохранением⁹⁰.

Таким образом, предлагается рассматривать в качестве субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС МЗ РФ, ФОМС как административно-публичную организацию, наделенную отдельными государственными контрольно-надзорными полномочиями, территориальные фонды и СМО. 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 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, территориальные фонды и страховые медицинские организации. В рамках развития теории о субъектах контроля указанный вывод показывает, что в пределах одного смешанного вида государственного контроля возможно формирование различных, но взаимосвязанных обязательных требований, соблюдение которых осуществляется различными субъектами, наделенными дифференцированным объемом полномочий, в том числе по применению мер административной или иной ответственности. Выделенная когорта субъектов подтверждает сложившийся в теории административного права подход к выделению субъектов государственного контроля, которые могут быть федеральными органами исполнительной власти (Федеральное казначейство), иными государственными органами (Счетная палата РФ), государственными учреждениями (ФОМС, ТФОМС), что согласуется с

⁹⁰ Об утверждении Положения об Управлении контроля здравоохранения Федеральной антимонопольной службы : приказ Федеральной антимонопольной службы от 25 августа 2020 г. № 779/20 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). Документ опубликован не был.

положениями Федерального закона № 248-ФЗ⁹¹. Однако установлено, что отдельные полномочия по государственному контролю могут быть даже делегированы негосударственным организациям (страховые организации), что вышеуказанным ФЗ не предусмотрено. Таким образом, выделение двуступенчатой системы субъектов исследуемого вида государственного контроля позволило подтвердить, что коммерческим организациям могут быть делегированы отдельные государственные полномочия.

Система ОМС получила широкое распространение в международной практике как механизм гарантированного обеспечения населения базовой медицинской помощью. Несмотря на вариативность моделей её внедрения, обусловленную спецификой экономических, политических и социальных условий разных стран, ключевой принцип остаётся единым: граждане или их работодатели регулярно перечисляют взносы в государственный или полугосударственный страховой фонд, который в дальнейшем финансирует оказание медицинских услуг.

Следует отметить, что на сегодняшний день не существует универсальной системы здравоохранения, способной предоставлять неограниченный объём медицинской помощи полностью бесплатно для пациента - в большинстве моделей сохраняется элемент софинансирования, будь то через страховые взносы, франшизы, соплатежи или другие формы участия в расходах⁹².

Рассмотрим субъекты контроля за расходованием средств ОМС (или схожих систем) в зарубежных странах.

Система страховой медицины в Германии. Германия стала пионером в области внедрения системы ОМС, заложив её основы ещё в период промышленной революции. Первоначально страховые фонды создавались для фабричных рабочих, а позднее, в конце XIX века, были унифицированы и систематизированы в рамках социальных реформ, инициированных Отто фон Бисмарком.

⁹¹ 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).

⁹² Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // Устройство свободы INLIBERTY : [сайт]. URL: <http://www.inliberty.ru/library/49-sravnitelnyy-analiz-sistem-zdravooohraneniya-v-raznyh-stranah#> (дата обращения: 23.09.2025).

В 1883 году был принят закон о медицинском страховании, которое изначально распространялось в основном на работников производственного сектора и предусматривало покрытие на случай болезни. Застрахованные лица получали право на бесплатное медицинское обслуживание, однако в то время эта система охватывала лишь около 10 % населения. Для сравнения: сегодня медицинской страховкой обеспечено практически всё население страны.

Социальные реформы в Германии конца XIX века развивались поступательно: начав с медицинского страхования, правительство уже в 1884 году дополнило его программой страхования от несчастных случаев, а пятью годами позже, в 1889-м, завершило этот комплекс законом о государственных пенсиях. Позднее, в 1927 году, добавилось страхование на случай безработицы. Важным этапом развития социальной защиты стало введение в 1995 году страхования по уходу, правовая база которого закреплена в Социальном кодексе Германии.

Таким образом, Германия демонстрирует длительную и последовательную историю развития социального страхования, которое эволюционировало от узконаправленных мер к всеобъемлющей системе защиты граждан⁹³.

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. Такой подход не только обеспечивает высокий уровень защиты здоровья граждан, но и способствует долгосрочному социально-экономическому развитию страны⁹⁴.

Немецкая модель здравоохранения функционирует на принципах саморегуляции и отличается сложной, многоуровневой архитектурой управления.

⁹³ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) // Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz : [website]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html (date of access: 23.09.2025).

⁹⁴ Дудник В. Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 3-1. С. 60-64.

Ключевой особенностью системы является её децентрализованный характер, при котором полномочия и ответственность распределены между широким кругом субъектов: федеральными властями, земельными правительствами, а также негосударственными организациями, такими как больничные кассы (Krankenkassen) и ассоциации врачей.

Как верно отмечает исследователь В.В. Омеляновский, в основе управления немецким здравоохранением лежит принцип субсидиарности. Федеральное правительство в Берлине задает общие рамочные условия и законодательную базу (например, через Социальный кодекс — Sozialgesetzbuch V), в то время как правительства 16 федеральных земель несут основную ответственность за практическую реализацию политики. Это включает планирование больничной инфраструктуры, надзор за деятельностью медицинских учреждений и контроль за соблюдением стандартов качества на местах. Таким образом, система избегает излишней централизации, что позволяет гибко адаптироваться к региональным особенностям и потребностям населения⁹⁵.

Соответственно контроль за расходованием средств ОМС осуществляется в зависимости от источника ее финансирования, что крайне схоже с системой РФ.

Несмотря на то что Германия выстроила одну из самых отлаженных в мире моделей дуалистического финансирования здравоохранения — систему, демонстрирующую впечатляющую фискальную стабильность в обеспечении долгосрочного ухода и почти всеобщий охват населения, её медицинский ландшафт отнюдь не лишён уязвимостей. Перед системой по-прежнему стоят комплексные вызовы, ставящие под вопрос её будущую эффективность и адаптивность. Особое внимание привлекает сфера долговременного ухода (Long-Term Care, LTC), где сохраняются структурные и организационные трудности⁹⁶.

Важнейшим приоритетом развития государственно финансируемой системы LTC в Германии остается совершенствование управленческой архитектуры. На

⁹⁵ Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Ключевые параметры систем здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2014. Т. 7, № 2. С. 51-56.

⁹⁶ Legal access rights to health care: country profile – Germany. Geneva : World Health Organization, 2019. 12 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331622/9789240000148-eng.pdf> (date of access: 23.09.2025).

сегодняшний день примерно $\frac{3}{4}$ совокупных расходов на здравоохранение в стране покрывается из общественных источников, что подчёркивает высокую степень государственного участия, но также ставит вопросы об эффективности распределения средств и адаптации к демографическим изменениям⁹⁷.

Обладая крупнейшей экономикой в Европейском союзе, Германия закономерно демонстрирует одни из самых значительных объемов финансирования системы здравоохранения среди стран-участниц, при этом основным источником ресурсов остаются государственные средства. По данным за 2018 год, расходы на медицинское обслуживание в расчёте на душу населения в Германии были самыми высокими в ЕС. Широкий спектр медицинских услуг предоставляется в различных секторах, включая стационарные и амбулаторные учреждения, что свидетельствует о высоком уровне технической оснащённости и операционной эффективности.

Тем не менее масштабы системы порождают вопросы о возможном избытке предоставляемых услуг, а также о сравнительно скромных результатах в отдельных аспектах здоровья населения и качества лечения. Это указывает на наличие потенциала для оптимизации распределения ресурсов.

Среди ключевых проблем германской системы здравоохранения можно выделить:

- 1) недостаточную координацию между амбулаторным и стационарным секторами, особенно в вопросах организации и финансирования, что создаёт барьеры для непрерывности и согласованности лечения пациентов;
- 2) параллельное существование системы ОМС и частного медицинского страхования (ЧМС), что подрывает принцип солидарности и может способствовать неравенству в доступности услуг;
- 3) сложную управленческую структуру, которая, с одной стороны, обеспечивает стабильность и эволюционное развитие, но с другой — затрудняет

⁹⁷ Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Указ. соч.

имплементацию системных реформ и оперативное реагирование на современные вызовы⁹⁸.

Современная немецкая система здравоохранения представляет собой уникальный гибридную модель финансирования, где приоритет отдается принципу социальной солидарности. Основным источником финансирования (60%) выступает система обязательного медицинского страхования (ОМС), что подчеркивает коллективную ответственность за здоровье нации. Дополнительное медицинское страхование (ДМС) занимает скромные 10%, в то время как государственные субсидии и личные расходы граждан формируют оставшиеся 30% бюджета здравоохранения⁹⁹.

Денежные потоки организованы по двухуровневой системе трансфертов: первоначально средства аккумулируются в государственном фонде социального медицинского страхования, после чего распределяются между некоммерческими страховыми организациями — больничными кассами. Эти организации, функционирующие под строгим государственным надзором, осуществляют финальный контроль над оплатой медицинских услуг.

Особенностью немецкой системы является обязательное участие в социальном страховании всех граждан с 1996 года. Система сознательно ограничивает свободу выбора: смена больничной кассы разрешена лишь раз в 18 месяцев, что обеспечивает стабильность финансирования. Доступ к частному страхованию становится привилегией для высокооплачиваемых специалистов с годовым доходом свыше €50,000, создавая тем самым дифференцированную, но контролируемую систему медицинского обеспечения¹⁰⁰.

Финансовая архитектура немецкой системы здравоохранения базируется на четырёх ключевых источниках. Большая часть финансирования, а именно 60%, обеспечивается за счёт взносов в систему ОМС. Дополнительным страховым механизмом выступает ДМС, которое покрывает примерно 10% общих расходов. Оставшаяся часть финансирования распределяется поровну между прямыми

⁹⁸ Germany: health system review / M. Blümel [et al.] // Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22, № 6. P. 1-272.

⁹⁹ Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Там же.

¹⁰⁰ Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Указ. соч.

ассигнованиями из государственного бюджета (15%) и личными, или так называемыми «out-of-pocket» расходами граждан (15%)^{101,102}. Эта модель здравоохранения позволяет стимулировать внедрение новых технологий при возникновении спроса на разнообразные медицинские услуги.

Процесс финансирования медицинского страхования в Германии организован по двухуровневой системе. На первом этапе денежные средства аккумулируются в государственном Фонде социального медицинского страхования (СМС), после чего распределяются между частными некоммерческими страховыми организациями — больничными кассами. Именно эти организации осуществляют контроль над оплатой медицинских услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения.

Обязанность по уплате страховых взносов возлагается как на работодателей, так и на работников. Больничные кассы, хотя и являются независимыми структурами, работают под строгим государственным надзором, обеспечивая соблюдение установленных норм и стандартов.

С 1996 года в Германии действует система ОМС, которая охватывает всех граждан страны. Однако выбор страховой организации ограничен: сменить больничную кассу можно не чаще чем раз в 18 месяцев. Кроме того, доступ к частному медицинскому страхованию имеют только лица с годовым доходом свыше 50 тысяч евро, что делает эту опцию доступной преимущественно для высокооплачиваемых категорий населения.

Таким образом, немецкая модель сочетает в себе элементы государственного регулирования и частной некоммерческой инициативы, обеспечивая широкий охват населения страхованием при сохранении контроля над качеством и распределением ресурсов.

В Германии, как и в других государствах Евросоюза, текущая ситуация осложняется значительным притоком беженцев и лиц, запрашивающих убежище (asylum-seekers). Эта группа отличается повышенной уязвимостью и имеет особые

¹⁰¹ Дудник В. Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 3-1. С. 60-64.

¹⁰² Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Там же.

медицинские потребности, что обусловлено сложными условиями до, во время и после миграции, а также влиянием специфических социальных детерминант здоровья. Несмотря на это, действующее законодательство и административные нормы Германии существенно ограничивают их доступ к необходимой медицинской помощи¹⁰³.

В отношении данной категории населения система медицинского обслуживания отличается разрозненностью и внутренней противоречивостью, что связано с децентрализованным регулированием ограниченных медицинских льгот, распределяемых через параллельную структуру, существующую обособленно от системы ОМС. В настоящее время подход Германии к организации медицинской помощи для лиц, ищущих убежища, демонстрирует комплекс административных, финансовых и этических проблем, возникающих при функционировании параллельных систем оказания услуг в условиях отсутствия единого координирующего органа. Интеграция (или реинтеграция) медицинской помощи для этой группы в рамки ОМС способна снизить существующую нагрузку и обеспечить более справедливые условия доступа к необходимому лечению и услугам¹⁰⁴.

В Германии, как и в других странах с моделью медицинского страхования, функционирует множество специализированных больничных касс. Некоторые из них, к примеру, созданы для отдельных профессиональных групп, таких как фермеры. Однако ключевой принцип системы заключается в том, что даже эти профильные страховые организации обязаны предоставлять услуги всем гражданам на недискриминационной основе, независимо от их рода занятий¹⁰⁵.

Контроль за использованием средств в системе ОМС Германии организован по многоуровневому принципу, сочетающему государственное регулирование, профессиональное самоуправление и независимый аудит. На федеральном уровне ключевыми субъектами контроля являются:

¹⁰³ Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland – ein Positionspapier des DNVF / E. Neugebauer [et al.] // Gesundheitswesen. 2022. Vol. 84, № 10. P. 971-978.

¹⁰⁴ Gottlieb N., Schülle M. An overview of health policies for asylum-seekers in Germany // Health Policy. 2021. Vol. 125, № 1. P. 115-121.

¹⁰⁵ Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Там же.

1) Федеральное министерство здравоохранения (Bundesministerium für Gesundheit, BMG), которое определяет стратегические направления развития системы, разрабатывает нормативную базу, регулирующую деятельность медицинских организаций, страховых касс и фармацевтических производителей;

2) Федеральный союз больничных касс (GKV-Spitzenverband), который координирует работу страховых фондов, формирует единые стандарты оказания медицинской помощи, участвует в ценообразовании на лекарственные средства и медицинские изделия, а также представляет интересы страховщиков в диалоге с государственными структурами и поставщиками медицинских услуг;

3) Федеральный объединённый комитет (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA), который определяет перечень медицинских услуг, покрываемых ОМС, и устанавливает требования к их качеству и доступности.

В рамках федеративного устройства Германии значительные полномочия переданы на уровень земель. Полномочиями региональных органов власти является

- осуществление надзора за деятельностью медицинских учреждений;
- разработка и реализация программы, направленной на решение локальных проблем (например, дефицит кадров в сельской местности);
- распределение субсидий между больницами в соответствии с федеральными нормативами.

Важную роль в системе играют сами страховые компании (GKV), которые контролируют

- целевое и рациональное использование средств;
- доступность медицинской помощи для застрахованных лиц;
- выполнение профилактических программ и других установленных законом услуг.

Отдельного внимания заслуживает регулирование частного медицинского страхования (ЧМС), которое находится в ведении Федерального управления финансового надзора (BaFin). Этот орган, подотчётный Министерству финансов, обеспечивает стабильность и прозрачность деятельности частных страховщиков.

Профессиональные объединения врачей (Kassenärztliche Vereinigungen) выполняют функции саморегулирования:

- разрабатывают стандарты медицинской практики;
- контролируют квалификацию и условия труда медицинских работников;
- способствуют равномерному распределению пациентов между учреждениями.

Финансовая дисциплина обеспечивается также за счёт независимого аудита, в котором участвует Федеральная счётная палата (Bundesrechnungshof). Её задача — проверка законности и эффективности использования средств. Кроме того, тарифы на медицинские услуги формируются в процессе переговоров между страховыми кассами и профессиональными ассоциациями.

Благодаря сочетанию государственного управления, профессиональной автономии и общественного контроля немецкая система здравоохранения демонстрирует высокую устойчивость и эффективность. Она основана на принципах социального страхования, финансируется преимущественно за счёт государственных средств и характеризуется прозрачностью механизмов использования ресурсов. Данная модель, сохраняя ориентацию на интересы пациента, во многом схожа с подходом, применяемом в Российской Федерации.

Система страховой медицины во Франции. Основой социальной защиты во Франции служит система ОМС, или Sécurité Sociale. Данная модель здравоохранения, признанная на международном уровне одной из наиболее результативных, базируется на принципах универсальности и социальной солидарности. Её ключевая задача — обеспечить всеобщую доступность высококачественных медицинских услуг посредством компенсации большей части затрат для всех легальных резидентов. Отличительными чертами системы являются её финансовая устойчивость, широкий спектр покрываемых услуг и уникальный механизм соучастия пациентов в оплате (софинансирование), который способствует рациональному использованию ресурсов.

Структура французского здравоохранения построена по социально-страховой модели и включает три основных компонента:

1) Государственное социальное страхование (Sécurité Sociale). В его состав входят медицинское, пенсионное страхование и выплаты в связи с временной утратой трудоспособности. Ключевым элементом выступает Assurance Maladie — программа медицинского страхования, покрывающая случаи заболеваний, профессиональных травм и частично компенсирующая затраты на лечение. Непосредственную работу со страхователями осуществляют региональные кассы CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), которые выступают посредниками между застрахованными лицами и национальным управляющим органом — Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Кроме того, система включает отраслевые подсистемы, предназначенные для отдельных профессиональных групп, таких как работники сельского хозяйства, железнодорожного транспорта, моряки и шахтёры;

2) Общества взаимопомощи (Mutuelles). Эти некоммерческие организации дополняют государственное страхование, покрывая те расходы на медицинские услуги, которые не компенсируются в рамках обязательной страховки;

3) Частные страховые компании, которые предлагают добровольное страхование, позволяющее расширить объём покрытия медицинских затрат и получить доступ к дополнительным услугам.

Таким образом, французская система ОМС сочетает в себе государственное регулирование, социальную солидарность и рыночные механизмы, обеспечивая высокий уровень защиты здоровья населения.

Во Франции система социального обеспечения была сформирована в послевоенный период — её основа заложена в 1945 году, а конституционное закрепление произошло годом позже, в 1946-м. Финансовые механизмы, обеспечивающие функционирование сферы здравоохранения, базируются на трёх ключевых принципах: равная доступность медицинских услуг, высокое качество помощи и принцип солидарности.

В отличие от модели, принятой в Германии, французская система предполагает частичное участие пациентов в оплате медицинских услуг. По оценкам, доля такого софинансирования составляет от 10 до 13%. При этом изначально пациент полностью самостоятельно оплачивает полученную медицинскую помощь, а затем получает компенсацию затрат (с учётом всех корректировок) — эта процедура известна как *remboursement* (англ.: возмещение).

Основным источником финансирования системы Assurance Maladie служат взносы, уплачиваемые работниками и работодателями с доходов от трудовой деятельности. К ним добавляются социальные отчисления с широкого спектра других источников — пенсий, инвестиционных доходов, дивидендов и прибыли от недвижимости. Дополнительную, хотя и менее значительную роль играют такие инструменты, как налог на добавленную стоимость. Расширение доступности медицинских услуг обеспечивается в том числе за счёт специального «налога солидарности», которым облагаются организации, предлагающие дополнительное страхование. Важной особенностью системы является её прогрессивный характер: размер взносов варьируется в зависимости от уровня доходов гражданина.

Ещё одной отличительной чертой французской системы является развитый институт дополнительного страхования, который позволяет компенсировать расходы, не покрываемые базовой страховкой. Эта возможность отсутствует, например, в системе ОМС Германии.

В последние годы увеличение доли сооплаты, ужесточение условий предоставления услуг и введение новых ограничений привели к росту так называемого «остатка к оплате» для различных категорий пациентов и видов медицинской помощи. Эта тенденция, в свою очередь, стимулирует рост спроса на дополнительные и сверхдополнительные страховые продукты¹⁰⁶.

Во Франции система обязательного медицинского страхования (ОМС) функционирует под контролем нескольких ключевых государственных институтов, что обеспечивает её прозрачность, финансовую устойчивость и

¹⁰⁶ Éditorial : La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité / P. Abecassis [et al.] // Revue Française de Socio-Économie. 2017. № 18(1). P. 13-22.

соответствие национальным стандартам. Основными регуляторами и надзорными органами являются:

1) Министерство здравоохранения и профилактики Франции (Ministère de la Santé et de la Prévention). Это ведомство определяет стратегические направления в сфере здравоохранения, курирует деятельность системы ОМС, утверждает тарифы на медицинские услуги, а также координирует научные исследования в медицине.

2) Счётная палата (Cour des Comptes) выполняет функции независимого финансового контролёра, анализируя целевое использование бюджетных средств в системе ОМС и предотвращая возможные нарушения или нерациональные расходы.

3) Национальная касса медицинского страхования (CNAM — Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Это ключевой оператор системы, отвечающий за её повседневное функционирование. CNAM обеспечивает соблюдение законодательства, финансовую стабильность страховых фондов, контролирует качество медицинских услуг и регулирует взаимодействие с поставщиками — больницами, аптеками и частными врачами.

4) Региональные агентства здравоохранения (ARS — Agences Régionales de Santé). Эти структуры реализуют политику в области здравоохранения на местах: координируют работу медицинских и страховых организаций, следят за соблюдением норм оказания помощи и проводят проверки качества услуг.

Французская модель здравоохранения сочетает элементы государственного регулирования и частной инициативы, что позволяет ей оставаться одной из наиболее эффективных в мире. Система характеризуется доступностью услуг, короткими сроками ожидания лечения и высоким уровнем финансирования. Основная часть расходов покрывается за счёт ОМС, а дополнительные нужды могут финансироваться через добровольное страхование. Особые условия

предусмотрены для пациентов с хроническими заболеваниями, чьё лечение полностью оплачивается государством¹⁰⁷.

Таким образом, несмотря на то что французская система здравоохранения относится к модели социального страхования, исторически она занимает особое место среди систем бисмарковского типа благодаря более выраженной роли государства в её организации и финансировании. В отличие от других стран с аналогичной структурой, Франция демонстрирует одну из самых высоких в Европе долей государственного финансирования здравоохранения при одновременном снижении нагрузки на граждан в форме личных расходов.

ОМС, которое охватывает практически всё коренное население, формируется преимущественно за счёт взносов работников и работодателей, а в последние годы всё активнее дополняется средствами из налоговых поступлений. Это позволяет системе оставаться финансово устойчивой и доступной для широких слоёв населения. Важную роль в обеспечении социальной справедливости и равного доступа к медицинским услугам играет дополнительное страхование. Оно не только компенсирует возможные пробелы в покрытии базовой страховки, но и способствует снижению социального неравенства в сфере здоровья. Благодаря этому французская модель сочетает в себе элементы солидарности, перераспределения ресурсов и высокой доступности качественной медицинской помощи, что делает её одной из наиболее эффективных и социально ориентированных в Европе.

В целом, система здравоохранения Франции продолжает эволюционировать, сохраняя баланс между страховыми принципами и усиливающейся ролью государства, что позволяет ей адаптироваться к современным вызовам и сохранять высокий уровень удовлетворённости населения¹⁰⁸.

Система страховой медицины в Великобритании. Система здравоохранения Великобритании (NHS) функционирует на принципиально иных

¹⁰⁷ The Best Hospitals in the World for 2025 // Expatriate Group : [website]. URL: <https://www.expatriatehealthcare.com/best-hospitals-worldwide/#:~:text=South%20Korea%20tops%20the%20list,is%20affordable%20and%20readily%20available> (date of access: 23.09.2025).

¹⁰⁸ France: health system review / K. Chevreur [et al.] // Health systems in transition. 2015. Vol. 17, № 3. P. 1-218.

основах по сравнению с моделями Германии и Франции, поскольку не опирается на систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Её фундамент составляет принцип социальной солидарности: финансовая нагрузка распределяется между более обеспеченными и менее состоятельными гражданами, а также между здоровыми и нуждающимися в лечении. Медицинские услуги в рамках NHS рассматриваются как общественное благо, гарантированно доступное каждому жителю страны независимо от социального или материального статуса. Основным источником финансирования системы выступают средства государственного бюджета¹⁰⁹.

В основе британской системы здравоохранения лежит модель Бевериджа, характеризующаяся государственным финансированием медицинских услуг через бюджетные механизмы, что исключает необходимость прямых платежей со стороны граждан при получении помощи. Финансирование Национальной службы здравоохранения (NHS) осуществляется преимущественно за счёт общих налоговых поступлений и национальных страховых взносов, уплачиваемых как работниками, так и работодателями. Такой подход обеспечивает универсальность доступа к медицинским услугам, способствует снижению социального неравенства и гарантирует оказание помощи вне зависимости от финансового статуса пациента. В научной литературе данную модель иногда обозначают как модель Семашко-Бевериджа, подчеркивая её социальную ориентированность и сходство с некоторыми принципами советской системы здравоохранения.

Согласно данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в 2021 году расходы на здравоохранение в Великобритании составили 11,9% ВВП¹¹⁰.

Несмотря на доминирование государственного сектора, система включает элементы частного предпринимательства: частные медицинские организации могут сотрудничать с NHS на контрактной основе или предлагать платные услуги

¹⁰⁹ Омельяновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Ключевые параметры систем здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2014. Т. 7, № 2. С. 51-56.

¹¹⁰ Health spending. Health spending is the final consumption of health care goods and services // OECD : [website]. URL: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html> (date of access: 23.09.2025).

независимо от неё. Граждане также имеют возможность добровольно приобретать частные страховые полисы для ускорения доступа к определённым видам медицинской помощи или получения услуг в частном секторе. Таким образом, система здравоохранения Великобритании сочетает государственное регулирование с элементами рыночных механизмов, что отчасти напоминает модель обязательного медицинского страхования (ОМС), действующую в России.

Основными источниками финансирования NHS остаются централизованные налоговые поступления, тогда как роль национальных страховых взносов (фактически — целевого налога на заработную плату) менее значима. Дополнительные источники включают плату за рецептурные препараты, стоматологические услуги и лечение пациентов в частном порядке.

В сравнении с системами медицинского страхования других стран, например, Германии, британская модель имеет ряд особенностей:

- финансирование осуществляется через налоговую систему, а не через страховые взносы;
- отсутствует конкурентная среда между страховыми организациями;
- медицинская помощь предоставляется на бесплатной основе без предварительных условий.

Однако система сталкивается и с серьёзными вызовами, такими как хроническое недофинансирование (усугубляемое демографическим старением населения и растущей нагрузкой на бюджет), длительные сроки ожидания медицинских услуг и дефицит кадров в здравоохранении. Эти проблемы носят системный характер и не всегда напрямую связаны с моделью финансирования.

Несмотря на прозрачность бюджетного планирования и развитые механизмы правового регулирования, текущая модель NHS демонстрирует растущую неспособность удовлетворить возрастающие потребности населения. В связи с этим актуализируется вопрос о необходимости разработки новой, более адаптивной модели финансирования и организации медицинской помощи, которая потребует соответствующих изменений в нормативно-правовой базе и управленческих подходах.

Система государственного регулирования сферы здравоохранения в Великобритании представляет собой многоуровневую структуру, включающую несколько ключевых субъектов, каждый из которых выполняет специализированные функции:

1. Министерство здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Social Care, DHSC) выступает центральным органом, ответственным за формирование государственной политики в области медицины, утверждение бюджета Национальной службы здравоохранения (NHS), а также контроль над межрегиональным распределением ресурсов и общей эффективностью системы.

2. NHS England и NHS Improvement. Данные организации функционируют как региональные операторы, координирующие предоставление, финансирование и качество медицинской помощи в различных частях Соединённого Королевства.

3. Комиссия по качеству медицинской помощи (Care Quality Commission, CQC) – это независимый регулятор, осуществляющий инспектирование медицинских учреждений, включая больницы, врачей общей практики (GP), дома престарелых и частные клиники. CQC оценивает соответствие услуг установленным нормативам, анализирует показатели безопасности, эффективности и удовлетворённости пациентов, а также наделён правом применять санкции к организациям, нарушающим стандарты.

4. Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи (NICE) – это экспертно-консультационный орган, разрабатывающий клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний на принципах доказательной медицины.

5. Тресты NHS (NHS Trusts) и клинические комиссионные группы (CCGs). NHS Trusts являются операторами государственных медучреждений и обеспечивают их повседневное управление. CCGs занимаются планированием медицинских услуг и распределением финансирования на местном уровне. Обе

структуры включают внутренние системы аудита, контроля качества и оценки эффективности.

6. Королевские медицинские коллегии (Royal Colleges) – это профессиональные объединения врачей, которые участвуют в разработке стандартов медицинской практики, сертификации специалистов и непрерывном повышении их квалификации. Эти организации играют значительную роль в поддержании высоких стандартов оказания медицинской помощи и могут рассматриваться как аналог профессиональных сообществ в других странах, таких как Россия, Германия или Франция.

Данная система обеспечивает комплексный подход к регулированию, сочетающий стратегическое управление, независимый надзор, научно-методическую поддержку и профессиональное самоуправление.

Рассмотрим на контрасте страны Северной Америки, а именно США и Канаду.

Система страховой медицины в США. Соединенные Штаты занимают лидирующую позицию в мире по стоимости системы здравоохранения, демонстрируя рекордные показатели как в абсолютных цифрах, так и в доле от ВВП. Однако, несмотря на масштабные финансовые вложения, американская модель медицинского обслуживания остаётся одной из самых противоречивых и регулярно подвергается критике.

За последние три десятилетия рост расходов в этой сфере во многом обусловлен расширением программ Medicare и Medicaid, направленных на обеспечение медицинской помощью уязвимых групп населения — пенсионеров и граждан с низким уровнем дохода¹¹¹.

Обе программы были приняты в 1965 г. и явились большим прорывом в здравоохранении США^{112,113}. Здравоохранение США признаётся одним из

¹¹¹ Дудник В. Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 3-1. С. 60-64.

¹¹² Medicaid & CHIP coverage // HealthCare.gov : [website]. URL: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip> (date of access: 23.09.2025).

¹¹³ Medicare and the Marketplace // HealthCare.gov : [website]. URL: <https://www.healthcare.gov/medicare> (date of access: 23.09.2025).

наиболее инновационных в мире, чему в значительной степени способствует его существенное финансирование. Свободный рынок в стране создал условия для внедрения высокотехнологичной медицинской помощи и передовых подходов к организации и финансовому обеспечению системы. Одним из ключевых достижений, по мнению ряда исследователей, стало создание в 1970-х годах концепции медицинских накопительных счетов (МНС). Эта модель, изначально разработанная в США, сегодня успешно адаптируется и реализуется в таких странах, как Сингапур, Китай и многих других, демонстрируя свою эффективность и универсальность¹¹⁴.

С другой стороны, американская система медицинского страхования 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.

Для обеспечения доступной медицинской помощью социально уязвимых групп в США действует программа Medicaid, предлагающая бесплатные или субсидированные медицинские услуги. Финансирование программы осуществляется совместно федеральным правительством и отдельными штатами, что приводит к существенным региональным различиям в условиях coverage.

Дополнительную поддержку оказывает программа CHIP (The Children's Health Insurance Program), предназначенная для детей из малообеспеченных семей, не соответствующих критериям Medicaid. Совместно эти программы обеспечивают медицинскую защиту приблизительно 65 миллионов американцев¹¹⁵.

Medicare является одной из ключевых составляющих американской системы социальной защиты и играет важную роль в обеспечении доступности медицинских услуг для уязвимых слоёв населения. Программа состоит из нескольких частей (Part A, B, C, D), каждая из которых покрывает определённые

¹¹⁴ Соколов Е. В., Гречкин Д. А. Система финансирования здравоохранения США // Экономика и управление: проблемы, решения. 2019. Т. 5, № 12. С. 100-108.

¹¹⁵ Medicaid & CHIP coverage // HealthCare.gov : [website]. URL: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip> (date of access: 23.09.2025).

виды медицинской помощи — от стационарного лечения до амбулаторных услуг и выписывания лекарств. Налоговая база Medicare формируется за счёт обязательных отчислений работодателей и работников, что делает систему финансово устойчивой и позволяет адаптироваться к растущим потребностям населения в качественном здравоохранении¹¹⁶.

Кроме того, в Соединенных Штатах функционирует специализированная система медицинского страхования для военнослужащих и ветеранов. Ключевыми программами в этой области являются Tricare, предназначенная для действующих военных и их семей, а также Veterans' Health Care Program, управляемая Департаментом по делам ветеранов и охватывающая лиц, завершивших военную службу. Несмотря на высокую значимость этих программ для национальной безопасности и социальной защиты, количество застрахованных в рамках государственных военных страховых программ относительно невелико и составляет приблизительно 4,5 млн человек.

Параллельно с государственными и корпоративными программами в США широко распространено добровольное медицинское страхование (ДМС), которое представлено как групповыми (корпоративными), так и индивидуальными планами. Групповое страхование часто предоставляется работодателями в качестве части социального пакета, тогда как индивидуальное ДМС обычно выбирают те, чьи работодатели не предлагают страховых преимуществ, а также самозанятые лица и те, кто ищет дополнение к базовому страховому покрытию. Общее число американцев, охваченных добровольным медицинским страхованием, достигает около 156 млн человек, что подчеркивает его важную роль в обеспечении доступности и разнообразия медицинских услуг.

Этот многоуровневый подход к организации медицинского страхования отражает сложность и фрагментированность американской системы

¹¹⁶ Medicare and the Marketplace // HealthCare.gov : [website]. URL: <https://www.healthcare.gov/medicare> (date of access: 23.09.2025).

здравоохранения, сочетающей элементы государственного, корпоративного и частного финансирования¹¹⁷.

Ключевым поворотным моментом для американской системы здравоохранения стало принятие в 2010 году закона «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» полностью вступившего в силу к 2014 году¹¹⁸ и широко известного как *Obamacare*¹¹⁹. Этот законодательный акт, ставший одним из наиболее значимых внутривластных достижений администрации Барака Обамы^{120,121}, заложил основы масштабной трансформации отрасли. Структурно документ включал десять разделов, направленных на достижение трёх фундаментальных задач: расширение страхового покрытия для различных категорий населения, обеспечение большей социальной справедливости через улучшение финансовой и географической доступности медицинских услуг, а также повышение устойчивости системы здравоохранения. Последнее достигалось за счёт внедрения механизмов повышения клинической эффективности, рационализации расходов и усиления контроля над качеством оказываемой помощи¹²². Данная реформа не только изменила правила страхования, но и инициировала переход к модели, ориентированной на ценность и результат медицинских вмешательств, а не на объём предоставленных услуг. В настоящее время считается, что *Obamacare* имел революционное значение для обеспечения доступа к медицинской помощи, система стала напоминать некое подобие ОМС¹²³.

Закон, структурированный в виде десяти разделов, был направлен на достижение нескольких стратегических целей:

¹¹⁷ Health Insurance Coverage of the Total Population // KFF. The independent source for health policy research, polling, and news : [website]. URL: <https://www.kff.org/state-health-policy-data/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D> (date of access: 23.09.2025).

¹¹⁸ Rosenbaum S. The patient protection and affordable care act: implications for public health policy and practice // Public health reports. 2011. Vol. 126, № 1. P. 130-135.

¹¹⁹ About the Affordable Care Act // U.S. Department of Health and Human Services : [website]. URL: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html> (date of access: 23.09.2025).

¹²⁰ Шведова Н. А. "Трампарк" против "Обамакар": первый раунд? // Россия и Америка в XXI веке. 2017. № 2. С. 7.

¹²¹ Rosenbaum S. The patient protection and affordable care act: implications for public health policy and practice // Public health reports. 2011. Vol. 126, № 1. P. 130-135.

¹²² Rosenbaum S. Указ. соч.

¹²³ Салимов В. А. Реформа здравоохранения в США в период президентства Б. Обамы глазами российских ученых // Общество: философия, история, культура. 2018. № 1. С. 139-142.

- расширение охвата населения медицинским страхованием;
- повышение доступности медицинских услуг через воплощение принципа социальной справедливости;
- стабилизацию системы здравоохранения за счёт повышения эффективности оказания услуг, оптимизации расходов и усиления контроля над качеством медицинской помощи.

Однако данный законодательный акт одновременно спровоцировал в американском обществе¹²⁴ поляризованную и крайне эмоциональную дискуссию. Особую остроту ей придавало то, что изначально закон преследовал масштабные цели — обеспечить доступ к медицинскому обслуживанию примерно 94 % граждан США и сократить число незастрахованных лиц на 31 миллион человек¹²⁵.

Ключевым преобразованием американской системы здравоохранения с момента введения программ Medicare и Medicaid в 1965 году стал Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA), известный как «Obamacare». Данная реформа преследовала цели расширения охвата населения медицинским страхованием, повышения доступности услуг, улучшения качества медицинской помощи и оптимизации работы системы здравоохранения в целом.

Однако, как отмечает Н.А. Шведова, реализация АСА сопровождалась и определёнными издержками. Среди негативных последствий выделяются рост общих расходов на здравоохранение, обусловленный увеличением объёмов профилактических услуг и диагностических процедур, а также повышение налоговой нагрузки на население и бизнес. Кроме того, критики обращают внимание на избыточное, по их мнению, вмешательство государства в личный выбор граждан в вопросах здоровья и медицинского обслуживания¹²⁶.

По оценке В.С. Караника, существенным недостатком нового законодательного акта стала его высокая сложность для восприятия, что

¹²⁴ Шведова Н. А. Реформа здравоохранения в США: споры не утихают // США и Канада: экономика, политика, культура. 2014. № 7(535). С. 3-16.

¹²⁵ Schwartz L. M., Woloshin S. Medical marketing in the United States, 1997-2016 // JAMA. 2019. Vol. 321, № 1. P. 80-96.

¹²⁶ Шведова Н. А. Реформа здравоохранения в США: споры не утихают // США и Канада: экономика, политика, культура. 2014. № 7(535). С. 3-16.

затрудняло обычным гражданам оценку его положений с точки зрения собственной выгоды. Ключевыми бенефициарами введения закона стали лица, ранее не имевшие медицинской страховки, тогда как основное финансовое бремя легло на предпринимательский сектор и обеспеченные слои населения, для которых были установлены повышенные налоговые обязательства¹²⁷. В частности, на компании с численностью сотрудников свыше 50 человек была возложена обязанность по предоставлению медицинского страхования, невыполнение которой влечёт за собой применение штрафных санкций.

Отказ общественности от введения обязательного медицинского страхования был спровоцирован нормой о его принудительном характере и санкциями за отсутствие полиса. Волна протестов приобрела настолько массовый характер, что в 21 штате были инициированы судебные иски, оспаривающие конституционность требований по приобретению государственно одобренной страховки. Кульминацией противостояния стало решение Апелляционного суда одиннадцатого округа в Атланте (2011 г.), признавшего всеобщую обязанность по медицинскому страхованию противоречащей Конституции США¹²⁸. Под влиянием активного общественного резонанса и широкого обсуждения в 2019 году законодательная норма, предусматривавшая финансовые санкции за отсутствие страхового полиса, была окончательно упразднена.

Хотя принятие Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) в 2010 году де-факто ввело обязательное медицинское страхование для значительной части американцев, реализация этого принципа коренным образом отличается от моделей, принятых в других развитых странах. Если в государствах с универсальной или single-payer системой здравоохранения обязательное страхование напрямую регулируется и часто предоставляется государством, то в США был избран иной, гибридный путь.

¹²⁷ Мустафина-Бредихина Д. М., Артымук В. А. Правовая модель финансирования системы здравоохранения в США // Юридическая наука. 2023. № 8. С. 104-110.

¹²⁸ Шведова Н. А. Здравоохранение в США: уроки пандемии COVID-19 // США и Канада: экономика, политика, культура. 2022. № 11. С. 64-80.

Американская система построена на философии индивидуального выбора и рыночных механизмов. Граждане сохраняют право принять одно из ключевых решений: приобрести квалифицированный страховой полис, оплачивать медицинские услуги из собственных средств (при наличии такой финансовой возможности) или (в исключительных случаях) рассчитывать на бесплатную помощь в рамках общественных клиник или по программам для неотложных состояний. Для облегчения доступа к страховым продуктам были созданы специальные онлайн-платформы — государственные страховые «маркетплейсы» (Health Insurance Marketplaces). На этих рынках физические лица и семьи могут сравнить и выбрать план, а также — что является ключевым элементом АСА — получить федеральную субсидию, если их доход не превышает установленного уровня.

Подводя итог анализу современной системы медицинского страхования в США, даже после масштабной реформы можно выделить ряд устойчивых и системных проблем:

- 1) Проблема финансовой доступности. Несмотря на субсидии, стоимость страховых полисов остается крайне высокой. Для многих американцев, особенно представителей «среднего класса», не имеющих права на помощь, ежегодные взносы на частное или государственное страхование могут исчисляться тысячами долларов, что делает его финансово обременительным. Высокие собственные расходы до начала покрытия страховкой также продолжают ограничивать реальную доступность медицинской помощи.

- 2) Значительная региональная вариативность. Федерализм в США предполагает значительную автономию в вопросах здравоохранения. Штаты самостоятельно принимают решения о расширении программы Medicaid для малоимущих, а также вводят собственные регуляторные нормы, смягчая или ужесточая требования АСА. Это привело к созданию «лоскутного одеяла» из правил, где доступность и качество страхования кардинально различаются в зависимости от места жительства человека.

3) Доминирование employer-based модели. Основным каналом получения страховки для трудоспособного населения США остается работодатель. Хотя закон обязывает крупные компании предоставлять страховку своим постоянным сотрудникам, эта модель создает «пробелы в охвате». Временные, сезонные и частично занятые работники, а также фрилансеры часто остаются без покрытия страховки. Кроме того, это «привязывает» людей к месту работы, ограничивая их мобильность.

4) Ограниченность государственных программ. Программы Medicare (для лиц старше 65 лет и инвалидов) и Medicaid (для малоимущих) покрывают лишь определенные, уязвимые категории населения. Их покрытие также не является полным: оно может не включать некоторые виды услуг, требовать сооплаты или иметь лимиты, что оставляет бенефициаров с дополнительными расходами.

Таким образом, реформа АСА, безусловно, стала знаковым событием, значительно увеличившим охват населения страхованием и защитившим права пациентов (например, с уже существовавшими заболеваниями). Однако она не привела к радикальной трансформации фундаментальных основ американского здравоохранения. Система по-прежнему характеризуется плюрализмом провайдеров, высокой долей частного финансирования и ограниченной, селективной ролью государства, которое фокусируется в основном на поддержке наиболее уязвимых групп, а не на обеспечении универсального покрытия для всех граждан ¹²⁹.

В 2003 году, после принятия Закона о совершенствовании и модернизации медицинского обслуживания (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, ММА), граждане США получили возможность использовать альтернативный способ оплаты медицинских услуг — так называемые медицинские сберегательные счета. Этот инструмент не только упростил процесс финансирования здравоохранения, но и предоставил налогоплательщикам дополнительные льготы.

¹²⁹ Щеголев П. Е. Процессы трансформации системы здравоохранения в России и США сквозь призму организационной культуры доверия: сравнительный анализ // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2018. № 3(111). С. 172-177.

Среди наиболее распространенных видов таких счетов можно выделить три основных типа:

1) Health Savings Account (HSA) — предназначены для лиц с высокими страховыми вычетами. Средства на этих счетах используются для покрытия медицинских расходов, не включённых в стандартную страховку. Важной особенностью HSA является их налоговая льгота: взносы не облагаются подоходным налогом, а неиспользованные средства могут переноситься на следующие периоды.

2) Medical Savings Account (MSA) — ориентированы на самозанятых граждан. Как и HSA, они предоставляют налоговые преимущества при использовании средств на определённые виды медицинских услуг, утверждённые законодательством.

3) Flexible Spending Account (FSA) — доступны лицам моложе 65 лет и позволяют откладывать часть доходов до вычета налогов для оплаты медицинских расходов в рамках установленного перечня. В отличие от HSA, средства на FSA должны быть использованы в течение определённого периода.

Эти инструменты стали важным элементом системы медицинского финансирования в США, предлагая гибкость и экономические выгоды для различных категорий населения¹³⁰.

Многочисленные исследования указывают на системные изъяны модели медицинского страхования в США. Ключевой проблемой является её неспособность обеспечить справедливый доступ: социально уязвимые группы, которые объективно нуждаются в большем объёме медицинских услуг, сталкиваются с финансовыми барьерами. В этом контексте такие инструменты, как медицинские сберегательные счета (HSA), не только не решают проблему, но и усугубляют её. Они подрывают принцип социальной солидарности, фундаментальный для универсальных систем здравоохранения, поскольку ослабляют механизмы горизонтального перераспределения средств (от более

¹³⁰ Мустафина-Бредихина Д. М., Артымук В. А. Правовая модель финансирования системы здравоохранения в США // Юридическая наука. 2023. № 8. С. 104-110.

здоровых и богатых к менее здоровым и бедным) и ведут к стратификации качества медицинской помощи в зависимости от доходов¹³¹.

Кризис COVID-19 выявил системные слабости американского здравоохранения, вскрыв проблему его «социальной недостаточности», обусловленную исторически сложившейся дискриминацией экономически уязвимых групп населения. Хотя подобные вызовы затронули многие страны, именно в США наиболее остро проявилась неготовность системы к массовому потоку пациентов в условиях пандемии. При этом медицинские услуги здесь продолжают трактоваться как рыночный товар, что формально подводит их под действие законов о защите прав потребителей, но не гарантирует равного доступа для всех.

Сложность управления и контроля усугубляется гибридной моделью медицинского страхования и конфедеративным устройством страны. На федеральном уровне координацией занимается Министерство здравоохранения и социальных служб (HHS), в чьи функции входит разработка общей стратегии, установление минимальных стандартов страхования и надзор за исполнением правительственных программ — таких как Medicare, Medicaid и CHIP. Через свои структуры, включая Центры услуг Medicare и Medicaid (CMS), федеральное правительство также распределяет субсидии для малоимущих и контролирует качество медицинской помощи, финансируемой из госбюджета.

Штаты, в свою очередь, обладают значительной автономией: они вправе ужесточать стандарты, вводить дополнительные регуляторные требования и контролировать деятельность страховых компаний на своей территории. В их компетенцию входит лицензирование операторов, утверждение тарифов на страховые премии, создание локальных маркетплейсов (например, в дополнение к федеральной платформе HealthCare.gov), а также расширение охвата программ вроде Medicaid для поддержки более широких слоёв населения, особенно среди низкодоходных групп. Таким образом, фрагментированность системы, сочетающая

¹³¹ Назаров В. С., Дэвис К. М., Сисигина Н. М. Анализ зарубежного опыта использования медицинских сберегательных счетов и возможности их применения в Российской Федерации. Москва : Издательство Дело, 2015. 136 с.

централизованное регулирование с широкими полномочиями штатов, создаёт значительные трудности в обеспечении единых и справедливых стандартов медицинской помощи, особенно в кризисных условиях.

Система страховой медицины в Канаде. Подобно США, 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. Данный законодательный акт обязывает все провинции и территории соблюдать пять ключевых критериев для получения федерального финансирования через Canada Health Transfer:

- 1) всеобщность охвата (Universality) — гарантия страхования для всех законных жителей региона;
- 2) доступность услуг (Accessibility) — отсутствие финансовых барьеров и платы за услуги;
- 3) полнота покрытия (Comprehensiveness) — включение всех необходимых медицинских услуг;
- 4) портативность прав (Portability) — сохранение права на медицинское обслуживание при смене провинции;
- 5) публичное администрирование (Public Administration) — управление системой некоммерческими государственными организациями.

Несмотря на продуманную законодательную базу и социальную ориентированность, канадская модель сталкивается с системными вызовами:

1. Ограниченность страхового покрытия. Значительный объем медицинских услуг остается за рамками базового гарантированного пакета: стоматологическая помощь, офтальмологические услуги (рецептурные очки и линзы), амбулаторные лекарственные препараты, физиотерапия и психологическая помощь. Для покрытия этих расходов население вынуждено прибегать к добровольному частному страхованию (часто предоставляемому работодателями) или оплачивать услуги самостоятельно. Частичным решением этой проблемы может стать разрабатываемая национальная программа Pharmacare, направленная на расширение фармацевтического покрытия.

2. Проблема длительного ожидания. Хронические очереди на получение специализированной медицинской помощи остаются системной проблемой. Время ожидания консультации специалиста или планового хирургического вмешательства может достигать нескольких месяцев, что связано с дефицитом медицинских кадров, ограниченной мощностью медицинских учреждений и сложностями в распределении ресурсов.

3. 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.

Сравнительный анализ международных моделей здравоохранения подтверждает, что не существует идеальной системы, свободной от компромиссов. Канадский опыт особенно ценен демонстрацией возможности построения эффективной системы без привлечения страховых посредников, через прямое государственное администрирование. Этот подход, реализуемый через Provincial Health Agencies (провинциальные агентства здравоохранения) - функциональные аналоги российских территориальных фондов ОМС - доказал свою

жизнеспособность и эффективность в обеспечении доступности медицинской помощи.

Фундаментальный вывод из канадского опыта заключается в том, что обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи невозможно без значительного государственного участия и финансирования. Дискуссия же о оптимальном балансе между государственным и частным сектором, централизацией и регионализацией продолжает оставаться актуальной для всех развитых систем здравоохранения.

2.2 Обязательные требования как предмет государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования

Прежде чем обратиться к определению обязательных требований в исследуемом виде контроля, обратимся к системе государственного финансирования здравоохранения, которое в нашей стране в период с 90-х годов 20 века формировалось из многих источников, одними из которых в соответствии Федеральным законом № 326-ФЗ являются:

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный Фонд, ФОМС) в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- 6) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации¹³².

Все эти средства аккумулируются в ФОМС.

¹³² Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

Бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее также территориальные фонды, ТФОМС) формируются за счет следующих источников:

- 1) субвенции и межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС;
- 2) платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС;
- 3) платежи субъектов РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- 4) доходы от размещения временно свободных средств;
- 5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ в случаях, установленных законами субъекта РФ;
- 6) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, источником финансового обеспечения которых являются средства федерального бюджета, предоставляемые субъекту РФ на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- 7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Государственное финансирование здравоохранения в условиях федеративного устройства России предполагает сложное распределение обязанностей по финансовому обеспечению между федеральным центром и субъектами Федерации. Однако данная система сталкивается с фундаментальной проблемой — изначальным неравенством экономических возможностей регионов. Обязательства по платежам в систему ОМС за неработающее население ложатся на

региональные бюджеты, что создаёт значительное давление на субъекты с низкой бюджетной обеспеченностью. Тот факт, что лишь десять регионов России являются самодостаточными и не получают дотаций из федерального бюджета, подчёркивает структурную асимметрию в финансовой системе страны. Это приводит к тому, что регионы-доноры вынуждены нести повышенную нагрузку, в то время как дотационные субъекты сталкиваются с хроническим дефицитом ресурсов для выполнения социальных обязательств, включая здравоохранение. В результате сохраняется риск возникновения «медицинского неравенства» — различий в доступности и качестве медицинской помощи для жителей разных регионов. Таким образом, существующая модель требует не только пересмотра механизмов межбюджетного регулирования, но и разработки дифференцированного подхода к финансовой поддержке регионов, учитывающего их специфические социально-экономические условия. Это может включать введение целевых субсидий, усиление роли федерального центра в финансировании социально значимых медицинских программ, а также стимулирование регионов к повышению собственной доходной базы. Только так можно обеспечить реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья вне зависимости от места их проживания¹³³. В противном случае дополнительное финансирование будет вынужден взять на себя ФОМС, для того чтобы «выравнить» ТФОМС по субъектам РФ и предотвратить снижение качества и доступности медицинской помощи.

Государственное финансирование здравоохранения в целом в нашей стране имеет некоторые особенности. В течение нескольких лет на каждый новый календарный период, включая последующие два плановых года, утверждается Программа государственных гарантий (ПГГ), а также специализированные целевые программы, направленные на приоритетные векторы развития системы здравоохранения. Согласно оценкам ряда экспертов, текущий уровень финансирования здравоохранения в Российской Федерации в рамках ПГГ остаётся

¹³³ Арыкбаев Р. К., Салахова Э. К., Корешкова А. А. Внутренний финансовый контроль в учреждениях здравоохранения РФ // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. 2023. № 1. С. 72-85.

недостаточным, а распределение средств по ключевым направлениям — несбалансированным¹³⁴, хотя мы не можем в полной мере согласиться с этим тезисом, поскольку даже в непростых экономических условиях в стране (с учетом больших затрат на военную медицину) ПГГ на 2025 год включило в себя новые виды медицинских вмешательств, финансируемые за счет государства.

В настоящее время основные ресурсы, направляемые в сферу здравоохранения, аккумулируются преимущественно в федеральном бюджете, бюджетах ФОМС, бюджетах субъектов РФ, а также в территориальных фондах ОМС. ФОМС и ТФОМС представляют собой автономные государственные внебюджетные фонды, каждый из которых формирует и предоставляет отдельный отчет о выполнении собственного бюджета¹³⁵. Это привело к формированию двухуровневой системы финансирования в рамках системы обязательного медицинского страхования. Тем не менее бюджеты субъектов РФ и территориальных фондов ОМС анализируются и утверждаются отдельно — каждый в рамках отдельного законодательного акта. Подобная практика создает определённые сложности: статистические данные оказываются фрагментированными, что, в свою очередь, затрудняет формирование целостного представления об объёмах финансирования, интегрированных в систему ОМС в каждом конкретном регионе России.

Дуалистичный характер не мог не отразиться на формировании обязательных требований, являющихся предметом выделенного вида государственного контроля.

Отдельными нормативными правовыми актами установлены обязательные требования, исполнение которых оценивается в рамках внутреннего финансового контроля за расходованием средств ОМС. В частности, в 2024 году обязательные требования содержатся в

¹³⁴ Модель финансового обеспечения регионального здравоохранения / О. М. Куликова [и др.] // Региональная экономика: теория и практика. 2018. Т. 16, № 10(457). С. 1823-1840.

¹³⁵ Тимофеева О. И. Особенности государственного финансирования здравоохранения на региональном уровне // Финансы. 2018. № 7. С. 11-17.

- порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг, оказанных женщинам в период беременности (услуг по оказанию медицинской помощи и по оказанию правовой, психологической и медико-социальной помощи), услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также услуг по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни;

- порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования;

- правилах финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями и иных многочисленных нормативных правовых актах.

Кроме того, обязательные требования содержатся в базовой и в территориальных программах обязательного медицинского страхования.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи¹³⁶.

¹³⁶ О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 № 1940 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2024. № 53 (Часть II). Ст. 8753.

Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленный базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

Кроме того, обязательные требования содержатся в Правилах ОМС, утвержденных приказом МЗ РФ от 28.02.2019 №108н¹³⁷.

Что касается аудиторской деятельности Счетной палаты, то формирование оценочных критериев находится в компетенции ее сотрудников. В рамках анализа целевого расходования средств обязательного медицинского страхования медучреждениями за 2021–2023 гг. были выделены следующие индикаторы эффективности использования ресурсов ОМС:

1. Показатели результативности организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную и скорую помощь, не только достигли, но и превысили установленные нормативные значения.
2. Большинство медицинских учреждений, оказывающих специализированную стационарную помощь, продемонстрировали выполнение или превышение плановых нормативов эффективности.
3. Применяемые системы оплаты труда способствуют улучшению кадровой укомплектованности и повышению общих результатов работы медучреждений.
4. Сбалансированное соотношение административного и основного персонала обеспечивает рациональное использование средств ОМС.

¹³⁷ Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

5. Объем и качество медицинских услуг коррелируют с уровнем оплаты труда высокорезультативных сотрудников.

6. Финансирование в системе ОМС является достаточным для достижения целевых показателей по заработной плате медработников.

7. Оптимизация процессов, направленная на сокращение временных, финансовых и иных ресурсных потерь, осуществляется на системной основе во всех регионах страны¹³⁸.

Для оценки эффективности приобретения и использования нефинансовых активов медицинскими учреждениями Счётная палата РФ установила следующие контрольные ориентиры:

1. Загруженность оборудования, закупленного для оказания услуг в системе ОМС, должна соответствовать как реальным потребностям застрахованных лиц, так и производственным мощностям самих аппаратов.

2. Цены госзакупок на оборудование, расходные материалы, медикаменты и другие нефинансовые активы должны оставаться в пределах среднерыночного уровня.

3. Расход средств ОМС на лекарственные препараты не должен превышать плановый объём, рассчитанный на основании объективных данных о потребности.

4. Сверхнормативные остатки и списания лекарств в медицинских организациях не должны превышать 1% от суммы, затраченной на их закупку; при этом доля жалоб на отсутствие необходимых препаратов — не более 5% от общего числа обращений.

5. Доля медучреждений с неэффективно используемыми площадями (здания, сооружения, земельные участки) не должна превышать 5% от их общего количества.

¹³⁸ Изотова, Г. Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. Здравоохранение. 2024. № 4. 137 с. URL: <https://www.sptulobl.ru/Bul-4-2024.pdf> (дата обращения: 23.09.2025).

Данные критерии направлены на обеспечение рационального использования ресурсов и повышение качества управления в сфере здравоохранения¹³⁹.

По результатам проверочных мероприятий Счетной палатой выдаются рекомендации (разделяемые на приоритетные и неприоритетные), контроль за выполнением которых осуществляется посредством официального сайта - Базы рекомендаций Счетной палаты РФ¹⁴⁰. Таким образом, орган государственного аудита, хотя формально и не называет свои критерии обязательными требованиями, но тем не менее осуществляет контроль, в том числе последующий.

Поскольку контроль за расходованием средств ОМС имеет не только финансовую природу, но и связан с контролем качества оказанной медицинской помощи (что является основанием для оплаты такой помощи или применения санкций), обратимся к обязательным требованиям, предъявляемым к качеству медицинской помощи.

Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения в качестве документов, также содержащих обязательные требования, обозначает: договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. В самом Порядке также содержатся требования, исполнение которых оценивается при проведении контрольно-надзорных мероприятий (например, соблюдение рекомендаций федеральных центров, соблюдение сроков ожидания медицинской помощи). Помимо этого, ключевые нормативные требования закреплены в основополагающих документах: порядках оказания медицинской помощи, федеральных стандартах медицинской помощи, а также в клинических рекомендациях. И если первые два вида документов утверждаются приказами Минздрава России, то клинические рекомендации разрабатываются и

¹³⁹ Изотова, Г. Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. Здравоохранение. 2024. № 4. 137 с. URL: <https://www.sptulobl.ru/Bul-4-2024.pdf> (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁴⁰ База рекомендаций // Сайт Счетной палаты [сайт]. URL: <https://rec.ach.gov.ru/> (дата обращения: 23.09.2025).

утверждаются профессиональными некоммерческими организациями, т.е. не имеют нормативного характера. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения указала на то, что клинические рекомендации не включены в предмет федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности по смыслу положений Федерального закона № 247-ФЗ. Федеральный государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности предполагает среди прочего проверку соответствия медицинской помощи, оказываемой сотрудниками учреждений здравоохранения, установленным критериям оценки. Действующие стандарты качества, регламентированные приказом Минздрава России от 10 мая 2017 года № 203н, включают обязательные требования к применению клинических рекомендаций при постановке диагноза, а также при необходимости корректировки диагностического и терапевтического планов¹⁴¹.

Таким образом, Росздравнадзор фактически признал клинические рекомендации обязательными к исполнению. В рамках контроля за расходованием средств ОМС таких разъяснений не было представлено. В связи с этим можно сделать вывод, что обязательные требования в исследуемой сфере в части контрольно-надзорной деятельности ФОМС, территориальных фондов и СМО не систематизированы, не выделен массив законодательства, не определен порядок установления обязательных требований, поскольку к ним не применяются сроки, установленные Федеральным законом № 247-ФЗ. Таким образом, дадим следующее определение понятия «обязательные требования к надлежащему (целевому) расходованию средств ОМС»: это адресованные юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, имеющим статус фонда обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организации или медицинской организации, императивные требования, содержащиеся в нормативных правовых актах, публичных договорах об обязательном медицинском страховании, а также

¹⁴¹ О правовом статусе клинических рекомендаций : письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 28 ноября 2024 г. № 08-Р-50121/г // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/411019294/> (дата обращения: 23.09.2025).

иных документах, принимаемых организациями, уполномоченными федеральным органом исполнительной власти (МЗ РФ).

С точки зрения актуальных правовых вызовов, ключевой проблемой продолжает оставаться отсутствие эффективного механизма правового регулирования в сфере противодействия нецелевому использованию бюджетных ассигнований, направляемых на финансирование программ ОМС. Одним из путей решения видится¹⁴² повышение степени открытости при формировании территориальных программ ОМС. На сегодняшний день только проекты бюджетов проходят общественное обсуждение в законодательном органе субъекта. Предлагается в рамках повышения прозрачности системы финансирования обязательного медицинского страхования закрепить обязанность органов государственной власти субъектов РФ проводить общественное обсуждение проектов территориальных программ ОМС на следующий год и тарифных соглашений на следующий и плановые последующие календарные годы. По сути, это станет элементом общественного контроля за формированием бюджетов территориальных фондов. Ст.32 Конституции РФ прямо предусматривает право граждан участвовать в управлении государством, что может быть реализовано посредством публичных слушаний. В соответствии с Федеральным законом от 21.07.2014 № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» общественное обсуждение как форма общественного контроля предусмотрена по различным вопросам на усмотрение организатора общественного обсуждения. При этом нельзя не согласиться с тем, что право на охрану здоровья – это конституционное право каждого человека и каждый имеет право знать, какие механизмы есть для его реализации. Общественное обсуждение проектов территориальных программ позволят общественности непосредственно заранее оценить объем медицинской помощи, которая запланирована на будущий период, внести свои обоснованные замечания. На сегодняшний день порядок формирования территориальных программ включает в себя общую структуру,

¹⁴² Павлюк А. В., Мартиросян Т. Э. Проблема нецелевого использования бюджетных средств в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы экономики и юридической практики. 2021. Т. 17, № 4. С. 94-98.

определение источников финансирования, определение объемов и видов медицинской помощи. Два последних пункта являются наиболее дискуссионными. Не секрет, что субъекты РФ имеют различные финансовые возможности, как следствие, объемы и виды медицинской помощи также разнятся в субъектах, как результат - граждане охвачены медицинской помощью неравномерно, при этом выбор видов и объемов этой помощи остается исключительно в компетенции специально создаваемой Комиссии, о которой речь пойдет ниже.

Однако практика нормотворческой деятельности в России в настоящее время включает в себя такой институт, как общественное обсуждение, в то время как такой важный вопрос, как объем медицинской помощи, которая может быть оказана в медицинских организациях субъекта, для его жителей остается загадкой и, как следствие, вызывает подозрение в наличии коррупционной составляющей. Общественное обсуждение позволит, с одной стороны, каждому жителю региона понять основания для включения той или иной медицинской помощи с учетом возрастного состава региона, уровня заболеваемости и других факторов (повысить уровень правосознания), с другой – обеспечить прозрачность формирования территориальной программы ОМС, снизив социальную напряженность, поскольку, например, широкий круг получателей квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи до настоящего времени не понимает механизм их получения, поскольку он не является прозрачным, а как следствие, потенциально коррупциогенным. Представляется возможным организовывать общественное обсуждение одновременно с проектом обсуждения проектов законов о бюджете субъекта РФ. Например, в Москве проводится общественное обсуждение бюджета города в электронной форме¹⁴³, в это же время возможно проведение общественного обсуждения и проектов территориальной программы ОМС, что позволит оптимизировать процесс. В рамках подготовительной работы могут привлечены сотрудники ФАС России, которые подготовят разъяснения в части

¹⁴³ О проведении общественного обсуждения по проекту закона о городском бюджете на 2025-2027 гг. 26 октября 2024 г. // Общественная палата города Москвы : [сайт]. URL: <https://opmoscow.ru/agenda/news/view/o-provedenii-obshchestvennogo-obsuzhdeniya-po-proektu-zakona-o-gorodskom-byudzhete-na-2025-2027-gg> (дата обращения: 23.09.2025).

формирования тарифов, а также медицинские работники, которые смогут пояснить, как на практике будет осуществляться медицинская помощь, что повысит информированность населения, поскольку отдельные исследования показывают крайне низкий уровень информированности граждан о системе ОМС, возможностях получения медицинской помощи¹⁴⁴.

Таким образом, в настоящее время в объективной ситуации недостаточности финансирования здравоохранения в РФ целесообразно повышение эффективности использования средств за счет гармонизации государственного контроля ресурсов, выделяемых в систему ОМС, в том числе через инструмент общественного контроля за деятельностью системы ОМС.

В последние годы ряд научных исследований выявил существенные пробелы в нормативно-правовом регулировании системы ОМС, касающиеся механизмов распределения квот на лечение между государственными и частными медицинскими учреждениями. Особую остроту приобретают вопросы, связанные с процедурой формирования квотных комиссий и отсутствием эффективных механизмов контроля за законностью принимаемых ими решений.

Иллюстрацией данной проблемы служит исследование Д.В. Кучиной, проведенное на материалах Иркутской области. Автор отмечает растущую популярность частных медицинских организаций среди населения, обусловленную наличием современного оборудования и высококвалифицированных специалистов. Это позволяет частным клиникам предлагать медицинские услуги, зачастую недоступные в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Учитывая высокую стоимость таких услуг, для большинства пациентов единственной возможностью их получения остается квотирование в рамках системы ОМС. Однако действующий механизм распределения квот приводит к ущемлению интересов как частных медицинских организаций, так и граждан. Последние лишаются права выбора медицинского учреждения, что не

¹⁴⁴ См., напр.: Семенов В. Ю., Лившиц С. А., Лакунин К. Ю. Система обязательного медицинского страхования в оценках пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 2. С. 178-183.

только ограничивает их права, но и снижает доступность качественной медицинской помощи¹⁴⁵.

Тезис Е.В. Нефедовой о том, что квотирование во избежание ассоциаций с дискриминацией и злоупотреблениями требует выверенных условий, представляется обоснованным. Для легитимации данной меры необходим комплексный подход, включающий

- прочную социально-правовую базу, обеспечивающую широкое общественное признание и законность;
- прозрачный организационно-правовой механизм реализации, подразумевающий публичность и четкие процедуры;
- эффективную систему квотирования, свободную от декларативности и минимизирующую коррупционные риски;
- многоуровневый контроль как со стороны государственных институтов, так и со стороны институтов гражданского общества.

Как отмечалось ранее, Федеральный закон № 326-ФЗ¹⁴⁶ определяет, что право на бесплатную медицинскую помощь реализуется в рамках действующей территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС), выступающей в качестве многостороннего тарифного соглашения. Разработкой данной программы занимается специально создаваемая территориальная комиссия.

В компетенцию этой комиссии входит не только распределение объёмов медицинской помощи между медицинскими организациями, но и утверждение тарифов, а также определение условий тарифного соглашения. Структура указанного соглашения охватывает следующие аспекты: региональные механизмы оплаты медицинских услуг, величину и состав тарифов, распределение объёмов и финансового обеспечения помощи между учреждениями здравоохранения, условия финансовых санкций (включая штрафы за неоказание, несвоевременное

¹⁴⁵ Кучина Д. В. Анализ распределения квот ОМС между государственными и частными медицинскими учреждениями // Бизнес-образование в экономике знаний. 2020. № 1(15). С. 59-62.

¹⁴⁶ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

или некачественное предоставление услуг), а также срок действия соглашения и порядок вступления в силу его изменений.

Согласно пункту 3 приложения № 1 к Правилам ОМС (утверждены приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н), в состав комиссии по формированию территориальной программы ОМС на паритетной основе входят представители исполнительного органа власти субъекта РФ, ТФОМС, СМО, медицинских учреждений, а также профессиональных медицинских некоммерческих организаций (или их объединений) и профсоюзов работников здравоохранения, функционирующих на территории субъекта РФ¹⁴⁷.

Проблема интерпретации ключевого термина «медицинские организации» включает в себе значительный коррупционный риск. Отсутствие прямой дефиниции, однозначно включающей в это понятие как государственные, так и частные учреждения здравоохранения в актуальной редакции приказа № 108н, предоставляет чиновникам возможность для произвольного толкования. Это, в свою очередь, может быть использовано для необоснованного ограничения доступа представителей частной медицины к работе в комиссиях, что нарушает принципы равноправия и конкуренции.

В связи с этим, на наш взгляд, представляется разумным предложить следующую формулировку п. 3. Вышеуказанного 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, страховых медицинских организаций 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

¹⁴⁷ Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

(ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации».

Резюмируя вышесказанное, подведем некоторые итоги.

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.

Для повышения прозрачности системы финансирования ОМС в субъектах Российской Федерации предлагается внести изменения в законодательство, направленные на выравнивание состава Комиссии по формированию тарифного соглашения. Ключевым элементом реформы является обеспечение паритетного представительства, в том числе за счет включения в состав комиссии делегатов от частного сектора здравоохранения. Данная мера, наряду с проведением публичных слушаний по проектам территориальных программ при обязательном участии представителей ФАС России, сформирует комплексный механизм общественного контроля. Реализация этих инициатив позволит существенно повысить уровень открытости в процессе распределения финансовых средств, что, в свою очередь, создаст условия для усиления контроля за их целевым и эффективным использованием.

ГЛАВА 3. АДМИНИСТРАТИВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1 Административно-процессуальное регулирование проведения контрольно-надзорных мероприятий, проводимых субъектами государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования

В рамках настоящего исследования в первой главе было установлено, что государственный контроль за расходованием средств ОМС не входит в предмет государственного контроля (надзора), регулируемого Федеральным законом № 248-ФЗ¹⁴⁸, а регулируется значительным количеством федеральных законов и подзаконных нормативных правовых актов, то есть является децентрализованным видом контроля. При этом регулятор издал ряд нормативных правовых актов, устанавливающих, в том числе обязательные требования.

Рассмотрим, какие контрольно-надзорные мероприятия проводятся субъектами исследуемого вида контроля.

Федеральное казначейство и Счетная палата РФ. Как уже было указано ранее, Федеральное казначейство РФ и Счетная палата РФ осуществляют полномочия соответственно по внутреннему и внешнему государственному финансовому контролю на основании ст. 157 БК РФ¹⁴⁹.

Процессуальные аспекты организации внутреннего государственного финансового контроля подчиняются строго установленным нормативным требованиям. Базовым документом, регламентирующим данный процесс,

¹⁴⁸ 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).

¹⁴⁹ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

выступает Федеральный стандарт внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля под названием «Проведение проверок, ревизий и обследований и оформление их результатов». Данный основополагающий стандарт был официально утверждён Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2020 года № 1233. Помимо этого федерального акта, процедура контроля детализируется и конкретизируется в рамках целого ряда ведомственных нормативных правовых актов, которые разрабатываются соответствующими органами власти для регулирования отдельных аспектов контрольно-ревизионной деятельности в пределах их компетенции¹⁵⁰. В соответствии с указанным Федеральным стандартом, внутренний государственный финансовый контроль осуществляется в трех формах: проверки (плановые и внеплановые), ревизии и обследования - совместно они именуются «контрольные мероприятия». Законодатель не дает четкого определения, в чем разница между этими формами, но анализ всего Федерального стандарта позволяет установить следующее. Ревизия представляет собой выездную проверку по месту нахождения объекта контроля. Срок проведения ревизии – не более 40 рабочих дней, в исключительных случаях он может быть продлен не более чем на 20 рабочих дней. Однако из нормативного правового акта не совсем понятно, в чем отличие ревизии (выездной проверки) от обследования, ответ на этот вопрос содержится в БК РФ¹⁵¹. В соответствии с положениями п. 44, в процессе обследования осуществляется комплекс мероприятий, включающий исследования, визуальные осмотры, инвентаризационные процедуры, систематические наблюдения, испытания, измерительные работы, контрольные обмеры и иные действия, направленные на оценку текущего состояния конкретной сферы деятельности контролируемого объекта. Полученные в ходе обследования результаты подлежат оформлению в виде приложения к акту проведения

¹⁵⁰ Об утверждении федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля "Проведение проверок, ревизий и обследований и оформление их результатов" : постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2020 г. № 1235 : ред. от 24.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁵¹ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобрен Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

камеральной или выездной проверки (ревизии), в рамках которой было инициировано данное обследование. Таким образом, обследование представляет собой специализированную контрольную процедуру, реализация которой допустима исключительно в контексте проведения плановой или внеплановой проверки. Какие же действия возможно осуществить в рамках выездной проверки (ревизии), в Федеральном стандарте не указано, однако БК РФ определил, что ревизия – это «комплексная проверка деятельности объекта контроля, которая выражается в проведении контрольных действий по документальному и фактическому изучению законности всей совокупности совершенных финансовых и хозяйственных операций, достоверности и правильности их отражения в бюджетной отчетности, бухгалтерской (финансовой) отчетности»¹⁵². По смыслу указанной нормы предмет ревизии шире, чем предмет проверки в целом и выездной проверки в частности, поскольку выездная проверка – это проверка, «в ходе которой в том числе определяется фактическое соответствие совершенных операций данным бюджетной отчетности, бухгалтерской (финансовой) отчетности и первичных документов».

Срок проведения обследования также отличается в зависимости от того, в рамках какого контрольного мероприятия было принято решение о его проведении. Если обследование назначено в рамках камеральной или выездной проверки (ревизии), то его максимальная продолжительность – 20 рабочих дней; если назначено «иное» обследование, то его максимальная продолжительность – не более 40 рабочих дней. Определение обследования содержится в БК РФ, который определяет его как «анализ и оценку состояния определенной сферы деятельности объекта контроля»¹⁵³. Результаты обследования оформляются заключением.

¹⁵² См.: Часть 2, статья 267.1 Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одоб. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁵³ См.: П. 4, статья 267.1 Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одоб. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

Федеральный стандарт предполагает особую форму контрольного мероприятия – встречную проверку. БК РФ¹⁵⁴ дал следующее определение этой форме контроля: это «проверки, проводимые в рамках выездных и (или) камеральных проверок в целях установления и (или) подтверждения фактов, связанных с деятельностью объекта контроля».

По результатам проведения контрольных мероприятий составляется акт, но, как было указано выше, результаты обследования фиксируются заключением. Если обследование проведено в рамках проверки, ревизии, результаты также включаются в акт.

По результатам внутреннего государственного финансового контроля могут быть применены следующие меры государственного принуждения:

- выдача представления,
- выдача предписания,
- применение мер бюджетного принуждения.

Представление является официальным документом контрольного (надзорного) органа, который адресуется проверяемому субъекту (объекту контроля) по итогам проведенной проверки. Основная цель представления — информирование о нарушениях законодательства, выявленных в деятельности объекта, и инициирование процесса их устранения. Документ содержит не только констатацию фактов нарушений, но и властное предписание, обязывающее адресата предпринять конкретные действия. В зависимости от характера выявленного недочета, представление включает одно из двух императивных требований:

- требование об устранении самого нарушения и, что крайне важно, о принятии комплексных мер по ликвидации причин и условий, которые привели к его возникновению, что направлено на предотвращение рецидивов в будущем;

¹⁵⁴ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобрен Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

- требование о принятии мер исключительно по устранению причин и условий нарушения, которое применяется в ситуациях, когда прямое исправление (устранение) самого нарушения объективно невозможно.

Законодательством устанавливается конкретный срок, в течение которого требования представления должны быть исполнены.

Предписание - это более жесткий правовой инструмент, который применяется контрольным органом в двух основных случаях:

- если нарушение, указанное в представлении, не было устранено в установленный этим документом срок;
- если на этапе вынесения представления было установлено, что устранение нарушения объективно невозможно.

Ключевым условием для вынесения предписания является наличие возможности достоверно определить размер материального ущерба, который был причинен публично-правовому образованию (РФ, субъекту РФ, муниципальному образованию) в результате данного нарушения. В отличие от представления, которое фокусируется на прекращении противоправного деяния и его предпосылках, предписание содержит исключительно требование о возмещении причиненного имущественного вреда в денежной форме. Это требование является безусловно обязательным для исполнения в предусмотренный предписанием срок. Правовые последствия неисполнения предписания носят серьезный характер. Умышленное или неуважительное игнорирование требований данного документа служит исчерпывающим основанием для того, чтобы уполномоченный орган власти обратился в суд общей юрисдикции или арбитражный суд с иском о принудительном взыскании причиненного ущерба в пользу соответствующего публично-правового образования. Таким образом, по смыслу вышеперечисленных норм предписание носит более строгий характер, но оба документа являются обязательными для исполнения.

В случае совершения бюджетного нарушения к объекту контроля могут быть применены меры бюджетного принуждения. Однако БК РФ оставляет за субъектами внутреннего государственного финансового контроля полномочия по

составлению протоколов об административных правонарушениях, например, по ст. 19.4.1 КоАП РФ (воспрепятствование законной деятельности должностного лица органа государственного контроля), по ч. 1. ст. 19.26 (дача заведомо ложного заключения экспертом при осуществлении государственного контроля).

Кроме того, КоАП РФ содержит отдельный состав правонарушения – п. 20 ст. 19.5 - невыполнение в установленный срок законного предписания (представления) органа государственного (муниципального) финансового контроля. Полномочия по рассмотрению таких дел возложены на судей¹⁵⁵.

В 2020 году, помимо вышеуказанного Федерального стандарта, был принят ряд иных стандартов, определивших принципы контрольной деятельности, права и обязанности должностных лиц, правила планирования контрольных мероприятий, правила составления отчетности и досудебного обжалования решений, действий, бездействия органов внутреннего государственного финансового контроля. Практика рассмотрения таких споров также будет представлена в следующем параграфе.

Административно-процедурная регламентация деятельности Счетной палаты РФ как субъекта внешнего государственного финансового контроля (аудита) регулируется не только БК РФ, но и профильным Федеральным законом № 41-ФЗ. В частности, указанный нормативный правовой акт устанавливает в качестве методов контрольной и экспертно-аналитической деятельности такие методы, как проверки, ревизия, анализ, обследование, мониторинг, а также иные методы, которые могут быть установлены самой Счетной палатой в стандартах¹⁵⁶.

По смыслу положений Федерального закона № 41-ФЗ проверка носит в большей степени целевой характер, поскольку проводится по определенному направлению финансовой деятельности и за определенный период. Она

¹⁵⁵ Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях : от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 20 декабря 2001 г. : одобр. Советом Федерации 26 декабря 2001 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁵⁶ См.: Статья 16 О создании государственной информационной системы противодействия правонарушениям, совершаемым с использованием информационных и коммуникационных технологий, и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : федер. закон от 01 апреля 2025 г. № 41-ФЗ : принят Гос. Думой 25 марта 2025 г. : одобр. Советом Федерации 27 марта 2025 г. // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

инициируется для изучения конкретного сегмента финансовой деятельности в рамках чётко очерченного периода. Закон предусматривает две основные формы её проведения: выездную (на территории аудируемого субъекта) и камеральную (в помещениях Счётной палаты РФ).

Иной, более масштабный характер носит ревизия. Её ключевая задача — проведение глубокого, системного обследования объекта аудита. Это достигается путём сплошной документальной и фактической проверки на предмет соблюдения российского законодательства при осуществлении финансово-хозяйственных операций; обеспечения достоверности и точности учёта данных операций в бухгалтерской (финансовой) и бюджетной отчётности.

Вышеуказанные формы аудита относятся к контрольным мероприятиям и оформляются актом, в то время как анализ и обследование – это экспертно-аналитические мероприятия, результаты которых фиксируются в заключениях. Обращаясь к положениям Федерального закона № 6-ФЗ от 7 февраля 2011 года «Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, федеральных территорий и муниципальных образований», следует отметить, что итоги экспертно-аналитической работы указанных органов на региональном уровне подлежат документальному оформлению в виде отчета либо заключения¹⁵⁷. В свою очередь, Счетная палата РФ оформляет отчет по результатам проведения контрольных и экспертно-аналитических мероприятий, то есть в этом случае речь идет о сводном отчете. А вот по результатам комплексов контрольных и экспертно-аналитических мероприятий Счетной палатой оформляются заключения. При этом Федеральный закон № 41-ФЗ упоминает проведение такого комплекса контрольных и экспертно-аналитических мероприятий только в контексте предварительного аудита формирования федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов РФ, но не в прямом контексте внешнего финансового

¹⁵⁷ См.: П. 3, статья 10 Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, федеральных территорий и муниципальных образований : федер. закон от 07 февраля 2011 г. № 6-ФЗ : принят Гос. Думой 28 января 2011 г. : одобр. Советом Федерации 2 февраля 2011 г. : ред. от 08.08.2024. // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

аудита. С другой стороны, БК РФ в целом определяет одной из форм внешнего государственного финансового контроля (аудита) проведение таких мероприятий, однако не упоминает о комплексах¹⁵⁸.

Мониторинг в свою очередь представляет собой постоянное наблюдение за деятельностью объекта аудита.

По итогам проведения контрольных мероприятий (не относящихся к категории экспертно-аналитических) Счетная палата РФ наделена полномочиями по направлению проверяемому объекту двух видов актов: представления или предписания.

В случае вынесения представления, на аудируемую организацию возлагается обязательство по его исполнению в установленный документом срок. Если срок не указан, то он составляет тридцать календарных дней с момента получения. По завершении мероприятий по устранению нарушений объект контроля обязан проинформировать Счетную палату о предпринятых действиях. Основанием для выдачи представления служит обнаружение в рамках контрольных процедур нарушений в финансово-хозяйственной, коммерческой или иной сфере деятельности подконтрольного субъекта. Такие нарушения должны причинять или способны причинить ущерб интересам государства и, как следствие, требовать их незамедлительного устранения. Кроме того, представление может быть вынесено в случае создания административных или фактических препятствий для осуществления контрольной или экспертно-аналитической деятельности Счетной палаты. Примечательно, что контрольно-надзорные органы субъектов РФ при выявлении нарушений, требующих безотлагательных мер по их пресечению и предупреждению, уполномочены выдавать предписания.

В случае неисполнения представления или нарушения установленных сроков Счетная палата Российской Федерации уполномочена направлять предписания, обязывающие соответствующие органы принять меры по устранению выявленных

¹⁵⁸ О создании государственной информационной системы противодействия правонарушениям, совершаемым с использованием информационных и коммуникационных технологий, и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : федер. закон от 01 апреля 2025 г. № 41-ФЗ : принят Гос. Думой 25 марта 2025 г. : одобр. Советом Федерации 27 марта 2025 г. // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

нарушений, компенсации причиненного государству ущерба, а также привлечению к ответственности виновных лиц.

При несоблюдении или ненадлежащем исполнении предписаний Коллегия Счетной палаты с предварительного согласования с Государственной Думой вправе принять решение о временном приостановлении всех финансовых, платежных и расчетных операций по счетам проверяемой организации.

Контрольно-счетные органы субъектов РФ также обладают правом выносить представления по итогам контрольных мероприятий. Эти акты направлены на устранение нарушений в бюджетной сфере, предотвращение материального ущерба региону, привлечение к ответственности должностных лиц, а также на пресечение и профилактику дальнейших нарушений. Сроки выполнения таких предписаний устанавливаются в соответствии с аналогичными федеральными требованиями.

Федеральный закон № 6-ФЗ наделяет региональные контрольно-надзорные органы полномочием по выдаче предписаний, которые должны содержать четкое описание конкретных нарушений и обоснование их вынесения. Срок исполнения предписания определяется самим контролирующим органом¹⁵⁹.

Неисполнение предписания в срок является основанием для возбуждения дела об административном правонарушении аналогично вышеописанному порядку.

Административно-процессуальный порядок проведения контроля за использованием средств ОМС закреплён приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 260 «Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств

¹⁵⁹ Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, федеральных территорий и муниципальных образований : федер. закон от 07 февраля 2011 г. № 6-ФЗ : принят Гос. Думой 28 января 2011 г. : одобр. Советом Федерации 2 февраля 2011 г. : ред. от 08.08.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

обязательного медицинского страхования»¹⁶⁰. В соответствии с указанным нормативным правовым актом ФОМС вправе проводить тематические, комплексные и контрольные проверки, плановые (не реже чем 1 раз в четыре года) проверки и внеплановые проверки, которые получили название ревизий. По форме проверки могут быть выездные и камеральные.

Проверки проводятся с использованием следующих методов:

- анализ законодательных и нормативных документов субъектов РФ, а также учредительной, регистрационной, распорядительной, отчётной, бухгалтерской и другой документации (как в части формы, так и содержания) для подтверждения законности и достоверности финансово-хозяйственных операций;
- сопоставление проведённых финансово-хозяйственных операций с данными бюджетной (бухгалтерской) отчётности, отчётности в системе ОМС, а также первичными документами, включая подтверждение фактического движения денежных средств, материальных ценностей, выполнения работ или оказания услуг;
- изучение данных системы персонифицированного учёта в сфере ОМС (информация о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи) в целях контроля целевого расходования средств ОМС;
- направление запросов страхователям для неработающих граждан, СМО, медицинским учреждениям, органам исполнительной власти субъектов РФ и другим организациям, использующим средства ОМС или реализующим мероприятия в рамках законодательства об ОМС, с требованием предоставить документы, пояснения или иную информацию в соответствии с программой проверки и последующего анализа полученных материалов.

Таким образом, контрольно-надзорная деятельность ФОМС направлена прежде всего на изучение и выявление нарушений финансовой дисциплины. Это подтверждается тем, что по результатам проведенных проверок (ревизий) за

¹⁶⁰ Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования : приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 260 // Российская газета. 2014. 5 марта (№ 51).

ФОМС закреплены полномочия по выдаче предписания субъекту ОМС (если речь идет о нецелевом использовании субвенции, предоставленной из бюджета ФОМС бюджету территориального фонда) или уведомления о необходимости возврата использованных не по целевому назначению средств ОМС. Если в действиях контролируемого лица выявлены признаки противоправного деяния, информация может быть направлена в соответствующие правоохранительные органы.

В соответствии с п. 12 ст. 34 Федерального закона № 326-ФЗ¹⁶¹ полномочиями по контролю за использованием средств ОМС СМО и медицинскими организациями наделены территориальные фонды в форме проверок и ревизий. Административно-процессуальное регулирование указанного контроля определено приказом МЗ РФ от 26 марта 2021 г. № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями» (далее – приказ Минздрава России № 255н)¹⁶², который, к слову, такой формы контроля, как ревизия, не содержит, а определяет только возможность проведения комплексной, тематической или контрольной проверок. По аналогии с проверками, осуществляемыми ФОМС, проверки, проводимые территориальным фондом, могут быть плановыми, внеплановыми, камеральными, выездными. Плановые проверки проводятся не чаще и не реже 1 раза в год. Поводом к проведению внеплановой проверки может быть представление органа государственного контроля и надзора (в нормативном правовом акте не уточнено, о каком органе идет речь), обращение в

¹⁶¹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁶² Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 марта 2021 г. № 255н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

территориальный фонд, жалобы, заявления граждан, истечение сроков устранения ранее выявленных нарушений в случае истечения срока действия договора в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии СМО, а также в связи с обращением СМО в территориальный фонд с заявкой на предоставление недостающих средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Проверка проводится сплошным или выборочным способом: сплошной способ заключается в проведении контрольного действия в отношении всей совокупности финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу проверки; выборочный способ заключается в проведении контрольного действия в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу проверки. Объем выборки и ее состав определяются руководителем комиссии (рабочей группы) таким образом, чтобы обеспечить возможность оценки изучаемого вопроса проверки, и не фиксируются в приказе о проведении проверки, что оставляет высокую долю усмотрению и субъективности со стороны должностных лиц, осуществляющих проверку.

При проведении проверки СМО изучению подлежат следующие вопросы:

- осуществление деятельности в сфере ОМС;
- организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;
- защита прав и законных интересов застрахованных лиц, рассмотрение обращений и жалоб застрахованных лиц;
- информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Каждый из перечисленных разделов более детально описан в соответствующем разделе анализируемого приказа Минздрава России № 255н.

При проведении проверки деятельности медицинской организации исследованию подлежит использование средств ОМС, а именно: обоснованность получения таких средств, использование средств ОМС в соответствии с

территориальной программой, наличие и достоверность данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, достоверность и своевременность представления отчетов медицинской организацией об использовании средств ОМС.

По результатам проверки территориальный фонд составляет акт, в котором фиксируются требования о возврате (возмещении) средств ОМС, использованных не по целевому назначению, об уплате пеней и штрафов.

За территориальным фондом также закреплены полномочия по последующему контролю за ходом реализации результатов проверок, который осуществляется следующим образом:

- контроль за представлением и исполнением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (в случае установления территориальным фондом срока устранения нарушений и недостатков - контроль за устранением выявленных нарушений и недостатков в установленный срок);

- контроль за возвратом (возмещением) средств, использованных не по целевому назначению;

- контроль за уплатой штрафов, пеней;

- начисление пеней и направление медицинской организации письменного сообщения о необходимости уплаты пеней (с приложением расчета размера пеней).

Примечательно, что территориальный фонд не уполномочен составлять предписания, и все властные указания содержатся только в акте, в то время как у ФОМС и других вышеописанных органов финансового контроля есть полномочия по выдаче предписаний. С другой стороны, бюджетное законодательство предусматривает в качестве обязательного к исполнению документа оформления акта по результатам контрольных мероприятий. Например, в соответствии со ст. 149 БК РФ¹⁶³, «результаты внешней проверки годовой бюджетной отчетности государственных внебюджетных фондов РФ оформляются актом по каждому

¹⁶³ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

государственному внебюджетному фонду РФ в срок до 1 мая текущего финансового года».

В рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи субъектами являются ФОМС, ТФОМС субъектов и СМО.

В ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что контроль (законодатель также избегает термина «государственный контроль») объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Медико-экономический контроль – это установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС или договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, программам ОМС, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи. Медико-экономический контроль выполняет ключевую задачу по верификации данных: он устанавливает, насколько заявленные к оплате сроки и объёмы оказанных медицинских услуг соответствуют записям в первичной медицинской и учётно-отчётной документации учреждения. Для проведения такого контроля привлекаются квалифицированные специалисты - практикующие врачи, имеющие стаж работы не менее пяти лет и прошедшие специальную подготовку в сфере экспертной деятельности.

Экспертиза качества медицинской помощи – это выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных нормативным правовым актом МЗ РФ.

Указанные выше виды контрольно-надзорных мероприятий проводятся следующим образом: медико-экономическому контролю подвергаются все случаи оказания медицинской помощи по ОМС, затем принимается решение об оплате. СМО вправе принять решение о направлении документов на второй этап – медико-экономическую экспертизу - и затем направить или не направить на экспертизу качества медицинской помощи. При этом для страховых медицинских организаций установлены «контрольные» цифры: например, не менее 6 % случаев оказания медицинской помощи в дневном стационаре должны быть ежемесячно направлены на медико-экономическую экспертизу в каждой медицинской организации – поставщике медицинских услуг; объем количества экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в стационаре, должен быть не менее 3 %.

В случае выявления определенных нарушений, перечень которых законодательно закреплён в приказе МЗ РФ от 19.03.2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»¹⁶⁴, СМО вправе уменьшить оплату или не оплатить страховой случай в полном объеме, а также наложить штрафы. В случае несогласия с выводами СМО поставщики медицинских услуг в течение 15 рабочих дней вправе обратиться в ТФОС для обжалования решения СМО, а далее – в суд. ТФОМС в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторной медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. И только если медицинская организация не согласна с заключением территориального фонда, она вправе обжаловать такое заключение в суд.

При этом стоит отметить, что ФОМС и территориальные фонды также наделены аналогичными полномочиями по проведению всех вышеуказанных

¹⁶⁴ Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 № 231 : ред. от 04.09.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

контрольно-надзорных мероприятий, а также дополнительно – полномочиями по контролю за деятельностью самих СМО. По собственной инициативе или в случае обращения с претензией к медицинской организации ФОМС или территориальный фонд проводят повторный контроль. Контрольные цифры повторного контроля (реэкспертизы) также прямо установлены приказом МЗ РФ № 231н. В случае несогласия СМО и медицинской организации с результатами проведенной реэкспертизы стороны направляют в территориальный фонд подписанное заключение с приложенным протоколом разногласий. Данный документ должен быть представлен не позднее чем через 10 рабочих дней с момента получения заключения. Территориальный фонд, в свою очередь, обязан рассмотреть представленные материалы в течение 30 рабочих дней.

ТФОМС также вправе проводить контрольно-надзорные мероприятия в отношении СМО. В случае установления фактов нарушений со стороны страховой медицинской организации (СМО) при осуществлении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальный фонд ОМС инициирует формирование комиссии. Данная комиссия анализирует материалы дела, по итогам чего выносит мотивированное решение, служащее основанием для предъявления претензии к СМО. Как на практике суды принимают ошибочные решения в связи с правовой неопределенностью, будет проиллюстрировано в следующем параграфе.

Таким образом, 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 страховых медицинских организаций 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). ФОМС 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 ФОМС как центральные субъекты контроля за качеством медицинской помощи смогут независимо принимать решения о наложении санкций на медицинские организации, а СМО будут единообразно осуществлять 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 СМО 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.

3.2. Порядок разрешения административных споров, вытекающих из контрольно-надзорной деятельности субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС

Настоящий параграф посвящен исследованию механизмов разрешения административных конфликтов, вытекающих из контрольно-надзорной деятельности уполномоченных государственных органов в отношении целевого использования средств ОМС, рассмотренных в предыдущей главе.

Вначале определим, что можно считать административным спором и какую позицию по этому поводу занимают ученые-административисты.

Исторически (с учетом советского опыта) доктрина административного спора не была в достаточной степени разработана. Традиционно понятие «спор» вызывает ассоциацию со спорами гражданско-правовыми. Современная российская наука административного и административно-процессуального права в лице ряда своих крупных представителей разрабатывает такую значимую правовую категорию, как административный спор. Согласно позиции Е.Б. Лупарева, административные споры представляют собой специфический вид правоотношений, сочетающих материальные и процессуальные аспекты. Их отличительной чертой является конфликт между сторонами, порожденный либо столкновением интересов в области государственного управления, либо различной

трактовкой законности и обоснованности действий органов власти и их представителей¹⁶⁵. Согласно позиции А.Б. Зеленцова, административный спор представляет собой юридический конфликт, возникающий в процессе публичного управления. Его суть заключается в разногласиях между участниками административно-правовых отношений относительно взаимных прав, обязанностей или законности правовых актов. Данные разногласия появляются в связи с применением, нарушением, установлением или реализацией правовых норм и подлежат урегулированию в специально предусмотренной законом процедуре¹⁶⁶. Как отмечают А.Б. Зеленцов и О.А. Ястребов, административный спор трактуется как форма конфликта, проистекающего из административных правоотношений. Его содержанием является защита субъективного публичного права - права, которым обладает частное лицо в его взаимоотношениях с государственными органами, выступающими от имени публичной власти. Неотъемлемой составляющей подобного спора становится также проверка законности властных предписаний и действий администрации в отношении граждан и организаций¹⁶⁷.

Содержанием административного спора, как правило, является защита нарушенных прав граждан или юридических лиц, вызванная неправомерными решениями, действиями или бездействием структур, наделённых административно-властными полномочиями либо содействующих их реализации.

В современной российской доктрине административного права круг таких субъектов определяется достаточно широко. К ним принято относить не только органы исполнительной власти и местного самоуправления, но и организации, которым федеральным законодательством делегирован особый статус для выполнения конкретных публично-значимых задач. В эту категорию входят, в частности, Центральный банк Российской Федерации, Счетная палата,

¹⁶⁵ Лупарев Е. Б. Теория административно-правового спора в системе теории административной юстиции: размышления о перспективах развития и реального применения // Административное право и процесс. 2013. № 7. С. 41-44; Лупарев Е. Б. Общая теория административно-правового спора. Воронеж : Воронежский государственный университет, 2003. 248 с.

¹⁶⁶ Зеленцов, А. Б. Административно-правовой спор: вопросы теории. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Российский университет дружбы народов, 2005. 732 с. (Библиотека классического университета).

¹⁶⁷ Зеленцов, А. Б., Ястребов О. А. Судебное административное право : учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности "Юриспруденция". Москва : ООО «Издательство «СТАТУТ», 2017. 768 с.

административные комиссии и иные аналогичные институты. В научной и практической лексике данные структуры часто объединяются под общим понятием «органы публичной администрации», а их официальные представители именуются «уполномоченными должностными лицами публичной администрации».

Одним из органов публичной администрации, в отношении которого может быть инициирован административный спор, выступает ФОМС и его территориальные фонды, представляющие собой специализированный субъект публичной администрации, наделенный публично-властными полномочиями. На основании проведенного исследования в предыдущих параграфах был сделан вывод, что страховые медицинские организации также обладают контрольно-надзорными полномочиями, т.е. могут быть отнесены к организациям, содействующим органам публичной администрации в реализации их административно-публичных функций¹⁶⁸. Но в данном конкретном случае конструкция еще сложнее: СМО прямо наделены законодательством контрольно-надзорными полномочиями, а также содействуют ФОМС и территориальным фондам в реализации их контрольно-надзорных полномочий, при этом ФОМС и территориальные фонды сами обладают статусом учреждения, а не административно-публичного органа (как, например, Федеральное казначейство). По результатам контрольно-надзорных мероприятий, проводимых субъектами контроля, к медицинским организациям применяют санкции (в частности, финансового характера), однако медицинские организации далеко не всегда согласны с этим. Возникает вопрос: можно ли отнести спор, возникающий из правоотношений между медицинскими организациями, фондами ОМС и/или страховыми компаниями, к административному? Исходя из позиции А.Б. Зеленцова, обозначенной выше, административный спор возникает из административно-правовых отношений по поводу различно понимаемых взаимных прав и обязанностей и (или) законности административных актов, издаваемых публичными органами, наделенными контрольно-надзорными полномочиями, а в

¹⁶⁸ См., напр.: Административный процесс по делам, возникающим из контрольно-надзорных правоотношений : монография / А. И. Стахов [и др.]. Москва : Российский государственный университет правосудия, 2023. 372 с.

нашем конкретном случае к таким субъектам отнесены и фонды ОМС. По нашему мнению, споры, возникающие из контрольно-надзорных отношений с участием страховых медицинских организаций и фондов ОМС, можно с учетом проанализированного выше, отнести к административным спорам, разрешение которых осуществляется в настоящее время в судебном порядке. Субъектам предоставлены гарантии защиты их прав и законных интересов, в случае если они не согласны с результатами контрольно-надзорных мероприятий, что обеспечивает баланс интересов государства (разумное расходование выделяемых финансовых средств), которые обеспечивают Федеральное казначейство, Счетная палата РФ, счетные палаты субъектов РФ, фонды ОМС, страховые медицинские организации, интересов медицинских организаций-участников системы ОМС и непосредственно самих пациентов, имеющих конституционное право на качественную медицинскую помощь.

Так, Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах-М" (далее общество) обратилось в Арбитражный суд Удмуртской Республики с заявлением о признании незаконным акта плановой комплексной проверки деятельности филиала ООО "Страховая компания "Ингосстрах-М" в г. Ижевске от 18.07.2023 № 0341/04-08, вынесенного Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (далее ТФОМС УР) в части выводов, изложенных в пунктах 3, 19, 27 заключительной его части, и требования об уплате штрафа. ТФОМС УР заявленные требования не признал, обратился в арбитражный суд со встречным заявлением о взыскании с общества 794 063 руб. 10 коп. штрафа.

На основании приказа ТФОМС УР от 25.05.2023 №184 комиссией Фонда в период с 19.06.2023 по 18.07.2023 в отношении филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Ижевск проведена плановая выездная комплексная проверка за 2022 г. При проверке выявлено 3 случая некорректного внесения сведений о застрахованных лицах в единый регистр застрахованных лиц, выявлено 8 случаев нарушения порядка выдачи полиса ОМС застрахованному лицу, выявлены замечания по оформлению доверенностей на выдачу полисов застрахованным лицам. В 20

записях о застрахованных лицах выявлены недостоверные сведения о статусе, а именно: у ребенка стоит категория «работающий», установлены случаи внесения в Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц недостоверной информации (83 записи).

Кроме того, в ходе проверки Фондом было установлено, что в 2022 году по 1338 случаям лечения, закончившимся летальным исходом, проведено 1324 целевые экспертизы качества медицинской помощи (99%).

В 12 случаях за непредставление медицинской документации СМО применены финансовые санкции по пункту 2.12 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Так, в нарушение подпункта 2 пункта 35 Порядка контроля №231н обществом не проведена экспертиза качества медицинской помощи (далее ЭКМП) в отношении 2 случаев, закончившихся летальным исходом в 2022 году. В ходе настоящей проверки Фондом установлен факт предоставления территориальному фонду недостоверной отчетности.

По результатам проверки ТФОМС УР составлен акт плановой комплексной проверки деятельности филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Ижевск от 18.07.2023 №0341/04-08, в соответствии с которым территориальный фонд требует уплатить штрафные санкции в размере 800 063 руб. 10 коп. По результатам рассмотрения возражений, направленных обществом, ТФОМС УР часть доводов приняло к сведению и снизило сумму штрафных санкций на 6000 рублей.

Общество в обосновании своих требований указало, что недостоверность внесения данных в регистр - это опечатки, а в отношении 83 случаев внесения в регистр недостоверной информации, установленных по итогам проверки, проведенной ФОМС, страховая медицинская организация указала, что территориальный фонд не устанавливал и не фиксировал 83 случая внесения

недостовверных сведений в регистр, а только лишь в полном объёме скопировал приведенную в Справке о результатах проверки соблюдения законодательства об ОМС и использовании средств ОМС страховой медицинской организацией Филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Ижевск в 2022 году и 1 квартале 2023 года информацию. Несмотря на то что территориальный фонд переписал выводы из Справки ФОМС и указал на наличие 83 случаев внесения в регистр недостоверной информации, фактически в приложении №15 к акту проверки перечислено 45 застрахованных лица. Данное расхождение объясняется тем, что по части застрахованных лиц штрафные санкции применены два или три раза. При этом, как указало общество, территориальным фондом не учтено, что сведения по 43 застрахованным лицам (то есть по 81 из 83) были актуализированы и на момент проведения проверки ТФОМС УР в регистре содержатся достоверные сведения.

В отношении 8 случаев нарушения порядка выдачи полиса ОМС застрахованному лицу страховая медицинская организация пояснила, что по 2 из 8 случаев возражения СМО были приняты территориальным фондом на этапе досудебного урегулирования спора. Кроме того, нарушение порядка выдачи полиса ОМС застрахованному лицу в соответствии с Перечнем санкций является самостоятельным нарушением. Таким образом, территориальный фонд по тексту акта проверки ссылается на нарушение порядка выдачи полиса ОМС, а применяет штрафные санкции за нарушение срока предоставления данных о застрахованном лице и за внесение в регистр недостоверных сведений. Нарушений срока предоставления данных о застрахованном лице или внесения недостоверных сведений в регистр по рассматриваемым 8 случаям по тексту акта проверки не описано, в связи с чем применение штрафных санкций по пунктам 2.1 и 2.3 Перечня санкций является неправомерным.

В части несогласия с применением штрафных санкций в размере 442 748,60 руб. за непроведение экспертизы качества медицинской помощи (далее ЭКМП) в отношении 2 случаев, закончившихся летальным исходом в 2022 году, общество указало, что нарушения сроков проведения ЭКМП по двум рассматриваемым случаям не имеется, поскольку внеплановая ЭКМП проводится в течение месяца с

рабочего дня, следующего за днем получения экспертом поручения о проведении ЭКМП, тогда как 02.05.2023 в СМО поступила история болезни на имя Кузнецова А.П., 02.05.2023 врачу-эксперту было дано поручение провести экспертизу качества медицинской помощи, а заключение №2311180004711001 по итогам проведенной ЭКМП составлено 04.05.2023. При этом получение медицинской документации лишь 02.05.2023 обусловлено объективными причинами, а именно нахождением первичной медицинской документации в следственных органах. Аналогичная ситуация сложилась по второму случаю. Кроме того, СМО обращает внимание на то, что территориальный фонд вышел за пределы проверяемого периода. Исходя из приказа ТФОМС УР от 25.05.2023 № 184 комплексная проверка проводилась за период с 01.01.2022 по 31.12.2022. Суд указанные доводы общества поддержал в полном объеме.

Возражая против требований общества в части внесения недостоверных сведений в регистр застрахованных лиц, фонд указал, что принцип достоверности сведений о застрахованных лицах является одним из основополагающих принципов при ведении персонифицированного учета в сфере ОМС. Исправление ошибок со стороны общества в ходе проверки территориальным фондом не может являться основанием для неприменения финансовых санкций.

Рассмотрев все доказательства в совокупности, суд указал, что технические ошибки действительно имели место, и обратил внимание, что ни Перечень санкций, ни Договор о финансовом обеспечении или какой-либо иной нормативный акт не предусматривают взыскание финансовых санкций за внесение в регистр неполных сведений или наличие опечаток. Довод о том, что технические ошибки (опечатки) могут привести к невозможности полной идентификации застрахованного лица, суд отклонил, указав, что для идентификации лица достаточно ФИО, даты рождения, единого номера полиса.

Суд также обратил внимание, что территориальный фонд не имел права просто переписать информацию о 83 случаях нарушений, выявленных ранее ФОМС, не проведя по этим нарушениям самостоятельную проверку. Для вывода о наличии нарушения и последующего применения штрафных санкции нарушения

должны быть установлены (зафиксированы) непосредственно территориальным фондом и иметься на момент проведения проверки ТФОМС, поскольку именно акт проверки территориального фонда фиксирует и описывает нарушения и является основанием для применения мер к заявителю. Территориальный фонд обязан был проверить наличие нарушений на момент проверки и не учел, что к этому моменту нарушения уже были устранены.

По результатам рассмотрения всей совокупности доказательств суд признал акт комплексной проверки территориального фонда незаконным и не соответствующим положениям Федерального закона № 326-ФЗ¹⁶⁹. Решение арбитражного суда было поддержано судами апелляционной и кассационной инстанций.

В другом деле организация обратилась с требованием о признании недействительным иного ненормативного правового акта.

Так, Общество с ограниченной ответственностью «ЦСМ Клиника Больничная» (далее по тексту – ООО «ЦКБ», общество, заявитель) обратилось в Арбитражный суд Томской области с заявлением к Управлению Федерального казначейства по Томской области (далее по тексту – УФК по Томской области) о признании недействительным приказа от 07.07.2022 № 237 «О назначении внеплановой выездной проверки ООО «ЦКБ». В качестве третьих лиц привлечена прокуратура и ТФОМС по Томской области.

Из материалов дела следует, что 07.07.2022 г. и.о. руководителя УФК по Томской области в соответствии с п.11 Федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля «Проведение проверок, ревизий и обследований и оформление их результатов», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2020 № 1235, и поручением Федерального казначейства от 28.06.2022 № 07-04-05/17-15853, вынесен приказ о назначении внеплановой выездной проверки ООО «ЦКБ» по теме «Проверка осуществления расходов бюджета ТФОМ субъекта РФ в части средств

¹⁶⁹ Постановление Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 16.04.2024 N 17АП-2576/2024-АК по делу N А71-16796/2023 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

территориальной программы обязательного медицинского страхования, источником финансового обеспечения которой являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и федерального бюджета». Период проведения – 2021-2022 гг. ООО «ЦКБ» считает, что указанный приказ вынесен незаконно и необоснованно, с нарушением порядка и периода проверки, а также без учета введенного моратория на проведение проверок. Кроме того, ООО «ЦКБ» указывало, что комиссия ТФОМС по Томской области уже проводит проверку их деятельности в части расходования средств ОМС. Обращаясь в арбитражный суд с заявлением о признании недействительным приказа о назначении внеплановой выездной проверки, ООО «ЦКБ» ссылалось на отсутствие у казначейства полномочий на проведение проверки, поскольку общество осуществляет деятельность в рамках государственной программы только на основании договора со страховой организацией и территориальным фондом ОМС.

Отказывая в удовлетворении требований ООО «ЦКБ», суды указали на следующее.

1. ООО «ЦКБ» не предоставило доказательств, которые бесспорно свидетельствуют о том, что оспариваемый приказ нарушает его права и интересы в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности, незаконно возлагает какие-либо обязанности, создает иные препятствия для осуществления предпринимательской и иной экономической деятельности.

2. В силу пункта 3 статьи 166.1 БК РФ Федеральное казначейство осуществляет функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, к его контрольной деятельности отнесен внутренний государственный (муниципальный) финансовый контроль в сфере бюджетных правоотношений.

3. Судом установлено, что в отношении ООО «ЦКБ» проводится комплексная проверка ТФОМС Томской области. При этом ТФОМС осуществляет контроль за использованием средств ОМС медицинскими организациями в рамках переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС, он не является органом, осуществляющим государственный

(муниципальный) финансовый контроль. Оспариваемый приказ принят УФК по Томской области в соответствии с п.11 Стандарта № 1235 и поручением Федерального казначейства от 28.06.2022 № 07-04-05/17-15853, внеплановая выездная проверка назначена в целях проверки осуществления расходов бюджета ТФОМС субъекта Российской Федерации в части средств территориальной программы ОМС, источником финансового обеспечения которой являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и федерального бюджета, проверяемый период 2020-2021 г.г. Вопреки доводам ООО «ЦКБ», вопросы, разрешаемые при проведении проверки комиссией ТФОМС Томской области, не совпадают с теми вопросами, которые разрешает УФК по Томской области в ходе проведения своих проверок. Контроль за использованием средств ОМС, осуществляемый территориальными фондами ОМС, имеет свою специфику, связанную рамками программ ОМС. Запрет на проведение проверок в одно время не установлен законодательством Российской Федерации.

4. Порядок организации и осуществления государственного финансового контроля не регулируется Федеральными законами № 248-ФЗ, № 294-ФЗ, ограничения, установленные Постановлениями Правительства РФ от 24.03.2022 № 448, от 10.03.2022 № 336 (в части моратория), не распространяются на государственный финансовый контроль. Нормативные правовые акты, изданные Федеральным казначейством, установили мораторий на проведение Федеральным казначейством, в том числе его территориальными органами, в рамках государственного (муниципального) финансового контроля проверок главных распорядителей (распорядителей) бюджетных средств, получателей бюджетных средств, в том числе являющихся государственными (муниципальными) заказчиками. ООО «ЦКБ» к таковым не относится.

5. Факт проведения проверки казначейства в адрес ООО «ЦКБ» отсутствует. Данный вывод основывается на позиции самого казначейства, изложенной в отзыве на кассационную жалобу и подтвержденной в судебном заседании. Процедура проверки была официально приостановлена на 499 рабочих дней, начиная с 25

июля 2022 года, по причине неполного предоставления обществом запрашиваемых материалов. Впоследствии приказом № 225 от 26 июля 2024 года, казначейство прекратило данное проверочное мероприятие.

6. Являясь элементом бюджетной системы, бюджеты территориальных фондов ОМС представляют собой бюджетные фонды, отделенные от иных бюджетов в составе бюджетной системы РФ. Это означает, что бюджеты территориальных фондов ОМС образованы вне бюджетов соответствующих субъектов РФ, не входят в их состав. В то же время федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС не всецело не зависимы от бюджетов бюджетной системы. Предоставление бюджетам государственных внебюджетных фондов из федерального бюджета денежных средств в форме межбюджетных трансфертов предусмотрено статьей 129 БК РФ¹⁷⁰.

7. ООО «ЦКБ» как медицинская организация, получающая целевые средства территориальной программы ОМС, источником финансового обеспечения которой являются межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС и федерального бюджета, является объектом государственного финансового контроля¹⁷¹.

Решение первой инстанции было полностью поддержано всеми судами иных инстанций, включая ВС РФ¹⁷².

Ярким примером исключительно целевого расходования средств ОМС является определение ВС РФ от 05 декабря 2023 г. № 304-ЭС23-23196 по делу № А45-25591/2022, который отказался принять к рассмотрению кассационную жалобу ГБУЗ Новосибирской области «Станция скорой медицинской помощи» для рассмотрения в Судебной коллегии Верховного суда РФ (ВС РФ). Суть спора заключалась в том, что ТФОМС Новосибирской области обратился в арбитражный суд с заявлением о взыскании с ГБУЗ Новосибирской области «Станция скорой

¹⁷⁰ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁷¹ Постановление Седьмого арбитражного апелляционного суда от 21 августа 2023 г. по делу N А67-6227/2022 // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/65808628/> (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁷² Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 27 августа 2024 г. N 304-ЭС24-1886 по делу N А67-6227/2022 // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409492117/> (дата обращения: 23.09.2025).

медицинской помощи» денежных средств в размере 11 104 376 рублей 38 копеек, в том числе средств, использованных не по целевому назначению в размере 9 855 955 рублей 37 копеек; штрафа в размере 985 595 рублей 53 копейки; пени в размере 262 825 рублей 48 копеек. Станцией скорой медицинской помощи произведена оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС:

- в части оплаты отпусков и выплат компенсации за неиспользованные отпуска медицинским и иным работникам, которым в 2020 году предоставлялись выплаты стимулирующего характера на период предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции «COVID-19», финансирование данных расходов предусмотрено за счет средств бюджета в 2021 году в сумме 9 457 497,31 руб.;

- в части расходов на компенсацию морального вреда по исполнительному листу, расходов на судебно-медицинскую экспертизу в сумме 398 458, 06 руб. (за 2020 год - 99 650,38 руб., за 2021 год - 298 807,68 руб.). Суд проверил все платежные документы и установил, что для указанных выше выплат стимулирующего характера, оплаты отпусков и компенсации за неиспользованные отпуска заключались специальные соглашения, по которым были выделены субсидии на эти выплаты. Поскольку по этим соглашениям было недофинансирование, Станция скорой медицинской помощи заимствовала средства из средств ОМС для осуществления выплат своим сотрудникам и данного факта не отрицала. Однако суд не учел эти обстоятельства достаточными, указав, что средства ОМС носят строго целевой характер и не могут служить источником заимствований денежных средств на случай недофинансирования со стороны бюджета субъекта РФ.

Расходы на выплату компенсации морального вреда и оплату судебно-медицинской экспертизы суд также признал нецелевыми, указав, что в ч. 7 ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ¹⁷³ установлена структура тарифа на оплату медицинской помощи, которая не включает в себя затраты на возмещение убытков, компенсацию причиненного морального вреда, оплату неустойки, штрафы,

¹⁷³ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

возмещение судебных расходов, оплату госпошлины по исполнительным листам. Средства ОМС могут быть направлены исключительно на оказание застрахованному лицу качественной медицинской помощи при наступлении заболеваний и состояний, перечисленных в разделе 3 Программ ОМС и направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, а не на обеспечение деятельности медицинской организацией, связанной с неисполнением или некачественным исполнением данной обязанности. В случае оказания некачественной медицинской помощи медицинской организации не только не возмещаются расходы на компенсацию морального вреда и судебные издержки, но и сама медицинская услуга не оплачивается, более того, медицинская организация обязана в таком случае оплатить штраф. Суд тем не менее уменьшил сумму штрафа в 10 раз. Суды вышестоящих инстанций все доводы суда первой инстанции поддержали¹⁷⁴.

Еще одной проблемой в этой сфере является отказ в оплате со стороны территориальных фондов оказанной медицинской помощи сверх объемов, предусмотренных территориальной программой. Это также является основанием для обращения в судебные органы. На протяжении продолжительного периода частная медицинская организация предпринимала попытки взыскать оплату за так называемую «сверхнормативную помощь», вплоть до обращения в Конституционный Суд Российской Федерации (КС РФ). Однако КС РФ отказался принимать к рассмотрению жалобу организации, оспаривавшую конституционность отдельных положений Федерального закона № 326-ФЗ¹⁷⁵ и ч. 1 ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ¹⁷⁶. Данные нормы устанавливают прямой запрет на отказ в предоставлении медицинской помощи в рамках программы

¹⁷⁴ Решение Арбитражного суда Новосибирской области от 24 января 2023 по делу N А45-25591/2022 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁷⁵ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁷⁶ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : принят Гос. Думой 1 ноября 2011 г. : одобр. Советом Федерации 9 ноября 2011 г.: ред. от 23.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

госгарантий и на взимание платы за такие услуги медучреждениями, участвующими в её выполнении.

Согласно экспертному заключению диагностического центра, оспариваемые правовые нормы в том виде, в каком они применяются на практике, создают правовой коллапс, поскольку их содержание противоречит отдельным фундаментальным принципам Конституции РФ. С одной стороны, медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, законодательно обязаны незамедлительно и безвозмездно оказывать помощь каждому застрахованному пациенту, предъявившему правильно оформленное направление. С другой стороны, действующий правовой механизм позволяет фондам ОМС отказать в оплате медицинских услуг, которые были фактически оказаны, если их объём превысил установленные лимиты финансирования. При этом законодатель не предоставляет медучреждению легальной возможности регулировать нагрузку — например, путём введения очереди или переноса оказания неотложной помощи на следующий финансовый период.

КС РФ признал оспариваемый механизм регулирования соответствующим Основному закону, обосновав это тремя ключевыми аргументами.

Во-первых, установление лимитов на оплату медицинских услуг было охарактеризовано как необходимая мера, направленная на поддержание финансовой стабильности и сбалансированность всей системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Во-вторых, Суд указал, что подобное регулирование не входит в противоречие со свободой предпринимательства, поскольку не представляет собой чрезмерного вмешательства государства в рыночные отношения. Важно отметить, что частные клиники не обязаны участвовать в системе ОМС; их участие является добровольным и, как следствие, подпадает под действие принципа свободы договора. Это означает, что, принимая на себя обязательства в рамках ОМС, организация добровольно соглашается на установленные правилами условия.

В-третьих, оспариваемые положения не блокируют возможность перераспределения объемов медицинской помощи между участниками системы, а

также допускают использование средств резервного фонда территориального ОМС для компенсации возможного недостатка финансирования¹⁷⁷.

Такая позиция КС РФ уже была высказана ранее в 2022 году¹⁷⁸. При этом отметим, что, по сути, «вход» в систему ОМС хотя и является определенной гарантией стабильного потока пациентов и оплаты из средств ОМС, но является своего рода лотерей, поскольку подача заявления медицинской организацией для включения в реестр в соответствии с ч. 2 ст. 15 Федерального закона № 326-ФЗ¹⁷⁹ осуществляется до 1 сентября текущего календарного года, а сама программа формируется позже, и объемы медицинской помощи становятся известны только в начале следующего календарного года. Это ставит под вопрос саму природу свободы договора, заключаемого между медицинской организацией и страховой компанией.

На наш взгляд, разумным видится предоставить медицинским организациям возможность самостоятельно распоряжаться частью средств, полученных из фондов ОМС, а именно в размере 10 %. В настоящее время п. 7.1 ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ предусматривает возможность (при соблюдении ряда условий, таких как отсутствие кредиторской задолженности, исполнения всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС) для медицинских организаций использовать образовавшуюся за предыдущий календарный год экономию средств по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с

¹⁷⁷ Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы общества с ограниченной ответственностью "Диагностический центр "Энерго" на нарушение его конституционных прав рядом положений Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и частью 1 статьи 11 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 26 сентября 2024 г. N 2447-О // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/410512489/> (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁷⁸ Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы акционерного общества "Международный центр репродуктивной медицины" на нарушение его конституционных прав рядом положений Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и частью 1 статьи 11 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда РФ от 27 декабря 2022 г. N 3364-О // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/406289737/> (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁷⁹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

последующим уведомлением органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения. Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальными ПГГ для оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. То есть и в этом случае медицинская организация обязана обосновать перед своим учредителем, что указанные средства будут израсходованы только по согласованным статьям расходов. Такой объем доходов, полученных при оказании медицинской помощи по ОМС, не будет выведен из-под регулирующего воздействия БК РФ¹⁸⁰, однако позволит медицинским организациям не опасаться санкций за нецелевое расходование бюджетных средств.

Таким образом, предоставление возможности медицинским организациям самостоятельно расходовать 10 % от полученных средств по собственному усмотрению потребует корректировки ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ, предлагается дополнить ее п. 7.2 в следующей редакции: «Медицинские организации, участвующие в реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, вправе использовать до 10 % средств обязательного медицинского страхования по собственному усмотрению».

Также представляется возможным, в целях оптимизации системы штрафных санкций к медицинским организациям по итогам контрольно-надзорных мероприятий в рамках исследуемого вида государственного контроля, разработать методологию снижения размера штрафных санкций, в которую могут быть включены тяжелое финансовое положение медицинской организации (наличие кредиторской задолженности), отсутствие иных источников финансирования (либо их крайне низкий уровень), добровольное сообщение о нецелевом расходовании средств ОМС.

В настоящее время в соответствии с ч. 9 ст. 39 Федерального закона № 326-ФЗ¹⁸¹ за использование не по целевому назначению медицинской организацией

¹⁸⁰ Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 31.07.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁸¹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, по результатам проведенных контрольно-надзорных мероприятий указанная организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 % от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Как показывает практика, медицинские организации зачастую совершают нарушения вынужденно, без злого умысла и, как правило, с целью выполнения иных финансовых обязательств (например, выплата заработной платы и т.д.). В соответствии с ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации, установление мер юридической ответственности должно основываться на принципе соразмерности, что предполагает её дифференцированный характер. Данный подход обеспечивает возможность смягчения применяемых санкций с учётом конкретных обстоятельств дела, включая характер противоправного деяния, величину причинённого ущерба, уровень виновности лица, его материальное положение, а также иные значимые факторы. В сфере экономических отношений особое значение приобретает некарательная направленность санкций, ориентированных прежде всего на восстановление нарушенных прав и стимулирование добросовестного поведения. Этой позиции придерживается КС РФ, указывая на неукоснительное соблюдение принципов соразмерности и справедливости, что предполагает «установление публично-правовой ответственности лишь за виновное деяние и ее дифференциацию в зависимости от тяжести содеянного, размера и характера причиненного ущерба, степени вины правонарушителя и иных существенных обстоятельств, обуславливающих индивидуализацию при применении взыскания. Указанные принципы привлечения к ответственности в равной мере относятся к физическим и юридическим лицам»¹⁸².

¹⁸² По делу о проверке конституционности отдельных положений Закона РСФСР "О Государственной налоговой службе РСФСР" и Законов Российской Федерации "Об основах налоговой системы в Российской Федерации" и "О федеральных органах налоговой полиции" : постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 15 июля 1999 N 11-П // Вестник Конституционного Суда Российской Федерации. 1999. № 5.

Проблемы расходования средств ОМС и объем судебных разбирательств не ускользнули от внимания ВС РФ, который в конце 2024 года издал обзор судебной практики, где определил наиболее частные случаи возникновения споров между медицинскими организациями, СМО и ТФОМС. Отметим некоторые важные выводы, сделанные ВС РФ.

1. Нельзя отказать в оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, до принятия решения территориальной комиссией об уменьшении объемов. Это абсолютно коррелирует с тем, что вносимые изменения не могут ухудшать положение лица, в данном случае получающего денежные средства за оказанную медицинскую помощь.

2. Расходование медицинской организацией средств ОМС на оплату мероприятий, осуществление которых запланировано за счет средств нормированного страхового запаса до поступления этих денежных средств на лицевой счет медицинской организации, не противоречит законодательству при условии последующего восстановления средств нормированного страхового запаса на счете ОМС. Считаем, что данное положение всецело защищает интересы медицинских организаций, поскольку их хозяйственная деятельность далеко не всегда совпадает со сроками перечисления средств нормированного страхового запаса.

3. Восстановление медицинской организацией средств ОМС, использованных не по целевому назначению за счет иных предусмотренных законом источников до составления акта проверки территориального фонда, само по себе не влечет привлечение медицинской организации к ответственности за нецелевое использование таких средств. В некоторых случаях медицинские организации используют средства ОМС не по целевому назначению, но в дальнейшем с восстанавливают баланс либо самостоятельно, либо по требованию территориального фонда. ВС РФ обратил внимание на тот факт, что при привлечении медицинских организаций к ответственности необходимо оценивать добросовестность медицинской организации. Если она сделала это до составления,

например, акта проверки, то требование о перечислении в бюджет более не может быть выдвинуто.

4. Вопрос о целевом характере средств, расходуемых на оплату труда работников, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, разрешается судом с учетом фактических обстоятельств конкретного дела. Пожалуй, этот вывод имеет наиболее важное значение для медицинских организаций. Выше были уже отмечены основания, на основании которых можно осуществлять оплату труда, и часто страховые медицинские организации и страховые компании признают оплату труда работникам нецелевым расходом средств ОМС. Указанный вывод был сделан ВС РФ на основании анализа решения судов, признавших выплату врачу-диетологу обоснованной как специалисту, непосредственно участвующему в оказании медицинской помощи за счет средств ОМС, а также на основании других решений судов, признавших обоснованными выплаты врачам-специалистам, приглашенным для оказания консультативных услуг¹⁸³.

5. Отметим, что на вышеуказанный обзор судебной практики уже ссылаются суды при принятии решений. Так, Арбитражный суд Восточно-Сибирского округа в кассационной инстанции отправил на новое рассмотрение заявление ГБУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ о признании ГБУЗ «Городская больница № 4» частично недействительным акта плановой выездной комплексной проверки по использованию средств ОМС ТФОМС Республики Бурятия от 20.10.2023 №1/2023-39 в требованиях от 17.11.2022 №2260. ТФОМС в качестве нецелевого использования средств ОМС указал, что больница использовала указанные средства на оплату повышения квалификации, на оплату труда специалиста по социальной работе, на приобретение физиотерапевтического оборудования как инвестиционного расхода для целей получения соответствующей лицензии. Кроме того, оборудование (бассейн), предназначенное для оказания медицинской помощи по ОМС, использовалось для оказания платных

¹⁸³ Обзор судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании : утв. Президиумом Верховного Суда РФ 27.11.2024 // Бюллетень Верховного суда Российской Федерации. 2025. № 3.

медицинских услуг, а также имелись иные затраты, признанные судами нецелевыми. Кассационный суд, с одной стороны, разделил позицию нижестоящих инстанций, но в то же время подчеркнул, что конституционный принцип соразмерности правовой ответственности, основанный на идее справедливости, требует её дифференциации. Такой подход предполагает учёт тяжести совершённого деяния, масштаба и характера причинённого вреда, уровня вины нарушителя, а также иных значимых обстоятельств, обеспечивающих индивидуализацию наказания¹⁸⁴. Суд сослался не только на обзор судебной практики, но и на Определения КС РФ от 27.10.2015 № 2499-О¹⁸⁵, от 24.10.2013 № 1648-О. Согласно сложившейся правовой позиции, штраф, накладываемый на медицинскую организацию за нецелевое использование средств, полученных по программе ОМС, представляет собой карательную, а не восстановительную меру ответственности. Данный характер санкции обуславливает необходимость доказывания не только самого факта нарушения условий договора, но и вины конкретного учреждения в его совершении¹⁸⁶. Таким образом, отметим, что обзор судебной практики уже воспринят судебной системой при принятии решений.

Необходимо обратить внимание, что споры, возникающие из правоотношений в области ОМС, рассматриваются в арбитражных судах. В соответствии с п. 2 ч. 1 ст. 29, ч. 1 ст. 198 АПК РФ, арбитражный суд рассматривает дела об оспаривании ненормативных правовых актов органов, осуществляющих публичные полномочия, должностных лиц, затрагивающих права и законные интересы лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности.

¹⁸⁴ По делу о проверке конституционности положений пунктов 2 и 4 статьи 12, статей 22.1 и 23.1 Закона РСФСР "О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках" и статей 23, 37 и 51 Федерального закона "О защите конкуренции" в связи с жалобами ОАО "Газэнергосеть" и ОАО "Нижнекамскнефтехим" : постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 24 июня 2009 N 11-П // Российская газета. 2009. 14 июля (№ 127).

¹⁸⁵ Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области "Областная специализированная больница медицинской реабилитации "МАЯН" на нарушение конституционных прав и свобод пунктом 5 части 2 статьи 20 и частью 9 статьи 39 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда РФ от 27 октября 2015 N 2499-О // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). Документ опубликован не был.

¹⁸⁶ Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 26 февраля 2025 N Ф02-5816/2024 по делу N А10-230/2024 // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. URL: <https://base.garant.ru/66224052/> (дата обращения: 23.09.2025).

Оспариваемый акт должен быть юридически властным волеизъявлением полномочного органа, обращенным к конкретному лицу, направленным на возникновение, изменение или прекращение определенных правовых последствий, а также должен не нарушать права заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности. Однако в описанном ниже деле суд сделал совершенно неожиданные выводы.

Так, Арбитражный суд г. Москвы прекратил производство по заявлению ООО «СМК «РЕСОМЕД» к Московскому городскому фонду обязательного медицинского страхования (далее территориальный фонд) о признании незаконным решения, оформленного протоколом от 27.10.2022 № 16. Суть дела заключалась в следующем: в адрес страховой медицинской организации поступила жалоба В.С. Батаговой на нарушение ее прав со стороны ГБУЗ «ГП № 175 ДЗМ», выразившееся в необоснованном отказе в прикреплении к указанной медицинской организации. Проведенная СМО экспертиза качества медицинской помощи (акт (внеплановой) экспертизы качества медицинской помощи от 29.07.2022 № 1889053) установила нарушение права В.С. Батаговой на выбор медицинской организации из числа медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (код нарушения 3.12); на основании результатов проведенной экспертизы принято решение о применении в отношении медицинской организации штрафных санкций в сумме 2 319,63 руб. Не согласившись с результатами проведенной экспертизы, ГБУЗ «ГП № 175 ДЗМ» направило в адрес МГФОМС претензию, на основании которой проведена повторная экспертиза. Результатами проведенной экспертизы (заключение о результатах повторной экспертизы №590420 от 30.08.2022) было установлено отсутствие со стороны ГБУЗ «ГП № 175 ДЗМ» нарушений прав застрахованного лица; в п. 5 заключения предложено применить в отношении СМО штраф на необоснованное снятие денежных средств с медицинской организации. СМО не согласилась с выводами, содержащимися в заключении, и направила в адрес ТФОМС протокол разногласий к актам повторной экспертизы. Комиссия ТФОМС, рассмотрев возражения СМО, пришла к выводу об их необоснованности. Согласно

протоколу заседания комиссии от 27.10.2022 № 16, принято решение о применении к СМО штрафа за необоснованное снятие денежных средств с медицинской организации. Указанное решение послужило основанием для направления в адрес заявителя претензии об уплате штрафа. Указанные обстоятельства послужили основанием для обращения СМО в арбитражный суд с рассматриваемым заявлением. Первая и апелляционная инстанции заявление СМО поддержали, однако ТФОМС направил кассационную жалобу, и суд кассационной инстанции решения нижестоящих судов отменил, указав, что судами не установлено нарушений прав заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности, не была проведена правовая природа принимаемых ТФОМС решений: являются ли такие решения ненормативными правовыми актами, законность которых может быть проверена арбитражным судом в порядке главы 24 АПК РФ. При новом рассмотрении дела Арбитражный суд г. Москвы сделал следующие крайне парадоксальные выводы: 1) решение территориального фонда не является ненормативным правовым актом, не возлагает на заявителя обязанности и ответственность, не влечет правовых последствий (судом отмечено, что по результатам рассмотрения материалов дела ТФОМС составлен протокол заседания комиссии, хотя Федеральный закон № 326-ФЗ предполагает вынесение решения и направление в СМО претензии); 2) деятельность СМО и ТФОМС, осуществляемая в сфере ОМС, не может быть отнесена к предпринимательской деятельности¹⁸⁷.

По результатам исследования, проведенного в настоящем параграфе, можно сделать следующие выводы:

1. 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 (наличие

¹⁸⁷ О прекращении производства по делу : Определение Арбитражного суда г. Москвы от 28 февраля 2025 г. по делу N А40-18485/23 -183-251 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

кредиторской задолженности), отсутствие иных источников финансирования (либо их крайне низкий уровень), добровольное сообщение о нецелевом расходовании средств ОМС.

2. 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.

3. 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 представляется целесообразным 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 и для достижения более высокого уровня гарантий соблюдения баланса интересов всех участников системы 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 закреплён 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»¹⁸⁸.

Очевидно, что выделенный вид административного спора как результат осуществления исследуемого государственного контроля (контрольно-надзорной деятельности) должен быть рассмотрен в рамках внесудебного разрешения. В настоящее время судебная система РФ действительно перегружена количеством судебных споров, что делает объективно единственным способом разрешения выделенного типа спора – внесудебный порядок.

¹⁸⁸ 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное в рамках диссертационной работы исследование в области административно-правового регулирования государственного контроля над расходованием средств ОМС позволило идентифицировать ключевые проблемные аспекты данной сферы. На основе глубокого анализа были сформулированы выводы, а также разработан комплекс предложений, имеющих значение как для развития теоретической базы, так и для совершенствования правоприменительной практики.

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 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 СОКРАЩЕНИЙ

БК РФ - Бюджетный кодекс РФ

ВВП – валовый внутренний продукт

ВС РФ – Верховный суд РФ

ДМС - добровольное медицинское страхование

ЕГИСЗ – единая государственная информационная система здравоохранения

ЕС – Евросоюз

ЖНВЛП - жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

КоАП РФ – Кодекс об административных правонарушениях РФ

КС РФ – Конституционный суд Российской Федерации

КСГ - клинико-статистической группы

МЗ РФ – министерство здравоохранения Российской Федерации

НКЗ - Народный комиссариат здравоохранения РСФСР

НКЗиСС - народный комиссариат здравоохранения СССР

НЭП - новая экономическая политика

ОМС – обязательное медицинское страхование

П. – пункт

ПГГ - программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

РФ – Российская Федерация

СМО - страховая медицинская организация

СМС - социальное медицинское страхование

Ст. – статья

ТФОМС - территориальный фонд обязательного медицинского страхования

УК РФ - Уголовный кодекс РФ

ФАС России - Федеральная антимонопольная служба РФ

ФЗ – федеральный закон

ФОМС – федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ЧМС - частное медицинское страхование

ACA - Affordable Care Act (Закон о доступном медицинском обслуживании)

ARS - Agences Régionales de Santé (Региональные агентства здравоохранения)

BaFin – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Федеральное управление финансового надзора)

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Федеральное министерство здравоохранения)

CCGs - Clinical Commissioning Groups (Группы клинического ввода в эксплуатацию)

CHIP - The Children's Health Insurance Program (программа медицинского страхования детей)

CNAM - Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Национальный фонд управления медицинским страхованием)

CPAM - Caisse Primaire d'Insurance Maladie (Фонд первичного медицинского страхования)

CQC - Care Quality Commission (Комиссия по качеству медицинской помощи)

DHSC - Department of Health and Social Care (Министерство здравоохранения и социального обеспечения)

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (Федеральный объединённый комитет)

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung (страховые компании)

GKV-Spitzenverband - Федеральный союз (ассоциация) больничных касс

GP – general practice (общая практика)

LTS - Long-Term Care Systems

NHS – National Health Service (Национальная служба здравоохранения Великобритании)

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи)

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development (Организация экономического сотрудничества и развития)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01 июля 2020 [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации : [портал]. – Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 23.09.2025).
2. 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 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
3. 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 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
4. 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 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
5. Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации, федеральных территорий и муниципальных образований : федер. закон от 07 февраля 2011 г. № 6-ФЗ : принят Гос. Думой 28 января 2011 г. : одобр. Советом Федерации 2 февраля 2011 г. : ред. от 08.08.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
6. О Счетной палате Российской Федерации : федер. закон от 05 апреля 2013 г. № 41-ФЗ : принят Гос. Думой 22 марта 2013 г. : одобр. Советом Федерации 27 марта

2013 г. : ред. от 10.07.2023 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

7. Об основах обязательного социального страхования : федер. закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ : принят Гос. Думой 9 июня 1999 г. : одобр. Советом Федерации 2 июля 1999 г. : ред. от 29.10.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

8. О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов : федер. закон от 05 декабря 2022 г. № 466-ФЗ : принят Гос. Думой 24 ноября 2022 г. : одобр. Советом Федерации 30 ноября 2022 г. [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

9. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: федер. закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ : принят Гос. Думой 12 марта 1999 г. : одобр. Советом Федерации 17 марта 1999 г. : ред. от 26.12.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

10. Об аудиторской деятельности : федер. закон от 30 декабря 2008 г. № 307-ФЗ : принят Гос. Думой 24 декабря 2008 г. : одобр. Советом Федерации 29 декабря 2008 г. : ред. от 26.12.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

11. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 33. – Ст. 1318; Российские вести. – 1993. – 9 сентября (№ 174). – Документ утратил силу.

12. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации : Закон Российской Федерации № 1499-1 от 28 июня 1991 // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1991. – № 27. – Ст. 920, 921. – Документ утратил силу.

13. Бюджетный кодекс Российской Федерации : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : принят Гос. Думой 17 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. :

ред. от 31.07.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

14. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях : от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 20 декабря 2001 г. : одобр. Советом Федерации 26 декабря 2001 г. : ред. от 31.07.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

15. 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.

16. О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти : Указ Президента Российской Федерации от 09 марта 2004 № 314 : ред. 27.03.2023 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

17. О Совете при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов: Указ Президента Российской Федерации от 21 октября 2005 года № 1226 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2005. – № 43. – Ст. 4374. – Документ утратил силу.

18. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2018 г. № 204 : ред. от 21.07.2020 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

19. Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования : постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 № 857 : ред. от 21.06.2022 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

20. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 № 2497 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2023. – № 1 (Часть II). – Ст. 302.

21. О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации : постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 46. – Ст. 5312.
22. Об утверждении федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля "Проведение проверок, ревизий и обследований и оформление их результатов" : постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2020 г. № 1235: ред. от 24.10.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
23. О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг, оказанных женщинам в период беременности (услуг по оказанию медицинской помощи и по оказанию правовой, психологической и медико-социальной помощи), услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также услуг по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни : постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1233: ред. от 24.10.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
24. О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования : постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 : ред. от 30.09.2023 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
25. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая) : от 31 июля 1998 г. № 146-ФЗ : принят Гос. Думой 16 июля 1998 г. : одобр. Советом Федерации 17 июля 1998 г. : ред. от 29.11.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

26. Об утверждении Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями : постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2016 г. № 1302 : ред. от 29.01.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
27. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года : распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. № 1202-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 37. – Ст. 3734.
28. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 2025 г. № 83407 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
29. Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 октября 2023 г. № 524н [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
30. Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 № 231 : ред. от 04.09.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
31. Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 сентября 2016 г. №

654н // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2016. – № 48.

32. Об утверждении Порядка осуществления контроля за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. № 1340н : ред. от 06.05.2022 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

33. Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 марта 2021 г. № 255н [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

34. Об утверждении Инструкции о порядке составления и представления годовой, квартальной и месячной отчетности об исполнении бюджетов бюджетной системы Российской Федерации : приказ Министерства финансов Российской Федерации от 28 декабря 2010 № 191н : ред. от 30.09.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

35. Об утверждении Положения об Управлении контроля здравоохранения Федеральной антимонопольной службы : приказ Федеральной антимонопольной службы от 25 августа 2020 г. № 779/20 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.

36. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) : от 5 августа 2000 г. № 117-ФЗ : принят Гос. Думой 19 июля 2000 г. : одобр. Советом Федерации 26 июля 2000 г. : ред. от 31.07.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

37. Об утверждении перечня функций Федерального фонда обязательного медицинского страхования, при реализации которых возможно возникновение коррупционных рисков: приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 марта 2023 г. № 43 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.
38. Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования : приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 260 // Российская газета. – 2014. – 5 марта (№ 51).
39. Общие требования к стандартам внешнего государственного и муниципального аудита (контроля) для проведения контрольных и экспертно-аналитических мероприятий контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации и муниципальных образований : утв. постановлением Коллегии Счетной палаты РФ от 29 марта 2022 г. № 2ПК [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.
40. Паспорт национального проекта "Здравоохранение" : утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 № 16 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.
41. О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 - 2025 годы : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

42. О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 февраля 2024 г. № 31-2/200 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
43. О неправомерном расходовании бюджетных средств : письмо Министерства финансов Российской Федерации от 25 апреля 2017 г. № 02-09-08/24851 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.
44. О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом : Декрет Совета Народных Комиссаров от 15 ноября 1921 г. [Электронный ресурс] // Электронная библиотека исторических документов : [сайт]. – Режим доступа: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/350720> (дата обращения: 23.09.2025).
45. О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений, предприятий или, в случае отсутствия таковых, о выдаче денежных сумм на их оборудование : Декрет от 14 ноября 1917 г. [Электронный ресурс] // Электронная библиотека исторических документов : [сайт]. – Режим доступа: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/347933> (дата обращения: 23.09.2025).
46. Свод законов Российской империи [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации: [портал]. – Режим доступа: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?empire_iframe&bpas=303 (дата обращения: 23.09.2025).
47. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : принят Гос. Думой 1 ноября 2011 г. : одобр. Советом Федерации 9 ноября 2011 г.: ред. от 23.07.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
48. СФК 104. Проведение аудита эффективности использования государственных средств : утв. Решением Коллегии Счетной палаты Российской Федерации, протокол от 09 июня 2009 № 31К (668) (вместе с "Порядком действий в процессе организации и проведения аудита эффективности") [Электронный

ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.

49. СГА 101. Общие правила проведения контрольного мероприятия : стандарт внешнего государственного аудита (контроля) : утв. постановлением Коллегии Счетной палаты РФ от 07 сентября 2017 г. № 9ПК : ред. от 03.07.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

50. О создании государственной информационной системы противодействия правонарушениям, совершаемым с использованием информационных и коммуникационных технологий, и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : федер. закон от 01 апреля 2025 г. № 41-ФЗ : принят Гос. Думой 25 марта 2025 г. : одобр. Советом Федерации 27 марта 2025 г. [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

51. Об организации страхового дела в российской федерации : Закон Российской Федерации № 4015-1 от 27 ноября 1992 [Электронный ресурс] // КонтурНорматив : [сервис]. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=491213> (дата обращения: 23.09.2025).

52. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

53. О правовом статусе клинических рекомендаций : письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 28 ноября 2024 г. № 08-Р-50121/Г [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/411019294/> (дата обращения: 23.09.2025).

54. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 № 1940 //

Собрание законодательства Российской Федерации. – 2024. – № 53 (Часть II). – Ст. 8753.

55. 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.

56. Уголовный кодекс Российской Федерации : от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : принят Гос. Думой 24 мая 1996 г. : одобр. Советом Федерации 5 июня 1996 г. : ред. от 31.07.2025 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

57. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ : принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. : одобр. Советом Федерации 24 ноября 2010 г. : ред. от 29.10.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

58. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения : федер. закон от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ : принят Гос. Думой 22 ноября 2011 г. : одобр. Советом Федерации 25 ноября 2011 г. : ред. от 05.12.2022 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

59. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов : федер. закон от 27 ноября 2023 г. № 541-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – № 49 (Часть III). – Ст. 8658.

60. Об обращении лекарственных средств : федер. закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ : принят Гос. Думой 24 марта 2010 г. : одобр. Советом Федерации 31 марта 2010 г. : ред. от 26.12.2024 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

61. Конституция (Основной закон) Российской Федерации – России от 12 апреля 1978 г. (ред. от 10 декабря 1992) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/183126/> (дата обращения: 23.09.2025). – Документ утратил силу.

2. Постановления высших судов, судебные решения

1. По делу о проверке конституционности отдельных положений Закона РСФСР "О Государственной налоговой службе РСФСР" и Законов Российской Федерации "Об основах налоговой системы в Российской Федерации" и "О федеральных органах налоговой полиции" : постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 15 июля 1999 N 11-П // Вестник Конституционного Суда Российской Федерации. – 1999. – № 5.

2. По делу о проверке конституционности положений пунктов 2 и 4 статьи 12, статей 22.1 и 23.1 Закона РСФСР "О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках" и статей 23, 37 и 51 Федерального закона "О защите конкуренции" в связи с жалобами ОАО "Газэнергосеть" и ОАО "Нижекамскнефтехим" : постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 24 июня 2009 N 11-П // Российская газета. – 2009. – 14 июля (№ 127).

3. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы общества с ограниченной ответственностью "Диагностический центр "Энерго" на нарушение его конституционных прав рядом положений Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и частью 1 статьи 11 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 26 сентября 2024 г. N 2447-О [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/410512489/> (дата обращения: 23.09.2025).

4. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы акционерного общества "Международный центр репродуктивной медицины" на нарушение его

конституционных прав рядом положений Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и частью 1 статьи 11 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда РФ от 27 декабря 2022 г. N 3364-О [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/406289737/> (дата обращения: 23.09.2025).

5. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области "Областная специализированная больница медицинской реабилитации "МАЯН" на нарушение конституционных прав и свобод пунктом 5 части 2 статьи 20 и частью 9 статьи 39 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда РФ от 27 октября 2015 N 2499-О [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.

6. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы общества с ограниченной ответственностью "Консультативно-диагностический центр "Добрый доктор" на нарушение конституционных прав и свобод пунктом 5 части 2 статьи 20 и частью 9 статьи 39 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" : Определение Конституционного Суда РФ от 24 октября 2013 N 1648-О [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ опубликован не был.

7. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 27 августа 2024 г. N 304-ЭС24-1886 по делу N А67-6227/2022 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409492117/> (дата обращения: 23.09.2025).

8. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 27 апреля 2017 N 307-КГ16-17712 по делу N А21-

9950/2015 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

9. Обзор судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании : утв. Президиумом Верховного Суда РФ 27.11.2024 // Бюллетень Верховного суда Российской Федерации. – 2025. – № 3.

10. Постановление Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 16.04.2024 N 17АП-2576/2024-АК по делу N А71-16796/2023 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

11. Постановление Седьмого арбитражного апелляционного суда от 21 августа 2023 г. по делу N А67-6227/2022 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/65808628/> (дата обращения: 23.09.2025).

12. Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 26 февраля 2025 N Ф02-5816/2024 по делу N А10-230/2024 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/66224052/> (дата обращения: 23.09.2025).

13. О прекращении производства по делу : Определение Арбитражного суда г. Москвы от 28 февраля 2025 г. по делу N А40-18485/23 -183-251 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

14. Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 6 июля 2021 г. N Ф04-3906/21 по делу N А03-10489/2019 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/38181073/> (дата обращения: 23.09.2025).

15. Постановление Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 18 октября 2022 N 77-2701/2022 (УИД 29RS0026-01-2020-001267-79) [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025). – Документ утратил силу.

16. Постановление Третьего Арбитражного апелляционного Суда от 12 сентября 2023 по делу N А33-4271/2023 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
17. Решение Арбитражного суда Смоленской области от 26 сентября 2022 по делу N А62-907/2022 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: https://www.garant.ru/files/6/4/1580946/reshenie_arbitragnogo_suda_smolenskoy_oblasti_ot_26_sentyabrya_2022_g_po_delu_n_a62.rtf (дата обращения: 23.09.2025).
18. Постановление Арбитражного суда Московского округа от 2 февраля 2022 г. № Ф05-15531/20 по делу N А41-51473/2019 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант» : [портал]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/69211366/> (дата обращения: 23.09.2025).
19. Решение Арбитражного суда Новосибирской области от 24 января 2023 по делу N А45-25591/2022 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).
20. Решение Арбитражного суда Красноярского края от 3 февраля 2022 года по делу N А33-15530/2021 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

3. Монографии, учебники

1. Административно-процессуальное право : курс лекций / М-во внутренних дел Рос. Федерации, Барнаульский юридический ин-т ; [сост.: А. А. Андреев и др.]. – Барнаул : Барнаульский юридический ин-т МВД России, 2013. – 466 с.
2. Административный процесс по делам, возникающим из контрольно-надзорных правоотношений : монография / А. И. Стахов, К. А. Писенко, С. А. Порываев, Д. М. Мустафина-Бредихина. – Москва : Российский государственный университет правосудия, 2023. – 372 с.
3. Артюхин, Р. Е. Государственный финансовый контроль: федеральные институты : учебное пособие / Р. Е. Артюхин, А. Н. Козырин, А. А. Ялбуганов; под ред. А. Н. Козырина. – Москва : Норма; ИНФРА-М, 2023. – С. 12.

4. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегии улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах / Г. Жаркович, В. Затцингер, А. Милк и др. – Москва : Федеральный фонд ОМС, 1998. – 424 с.
5. Грачева, Е. Ю. Государственный финансовый контроль как важнейший инструмент обеспечения публичных интересов в условиях рынка / Е. Ю. Грачева // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2014. – № 4(4). – С. 20-29.
6. Грачева, Е. Ю. Правовые основы страхования : учебное пособие / Е. Ю. Грачева, О. В. Болтинова. – Москва : Проспект, 2015. – 128 с.
7. Грачева, Е. Ю. Финансовое право: учебник / Е. Ю. Грачева. – Москва : Проспект, 2015. – 648 с.
8. Зеленцов, А. Б. Административно-правовой спор: вопросы теории / А. Б. Зеленцов. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Российский университет дружбы народов, 2005. – 732 с. – (Библиотека классического университета).
9. Зеленцов, А. Б. Судебное административное право : учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности "Юриспруденция" / А. Б. Зеленцов, О. А. Ястребов. – Москва : ООО «Издательство «СТАТУТ», 2017. – 768 с.
10. Козлов, Ю. М. Административное право : учебник / Ю. М. Козлов. – Москва : Юристъ, 1999. – С. 209-211.
11. Комментарий к Уголовному кодексу РФ в 4 т. Том 4. Особенная часть. Разделы X-XII / ответственный редактор В. М. Лебедев. – Москва : Издательство Юрайт, 2020. – 270 с. – (Профессиональные комментарии).
12. Лупарев, Е. Б. Общая теория административно-правового спора / Е. Б. Лупарев. – Воронеж : Воронежский государственный университет, 2003. – 248 с.
13. Мигачев, Ю. И. Административное право Российской Федерации: учебник для вузов [Электронный ресурс] / Ю. И. Мигачев, Л. Л. Попов, С. В. Тихомиров; под редакцией Л. Л. Попова. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2024. – 474 с. – (Высшее образование). – Режим доступа: <https://urait.ru/bcode/536340> (дата обращения: 23.09.2025)

14. Назаров, В. С. Анализ зарубежного опыта использования медицинских сберегательных счетов и возможности их применения в Российской Федерации / В. С. Назаров, К. М. Дэвис, Н. М. Сисигина. – Москва : Издательство Дело, 2015. – 136 с.
15. Охотский, Е. В. Государственное управление в современной России: учебно-методический комплекс / Е. В. Охотский ; Моск. гос. ин-т междунар. отношений (Ун-т) МИД России, Междунар. ин-т упр. – Москва : МГИМО-Университет, 2008. – С. 132-133.
16. Правовое регулирование финансового контроля в Российской Федерации: проблемы и перспективы / Л. Л. Арзуманова, О. В. Болтинова, О. Ю. Бубнова, Е. Ю. Грачева. – 2-е изд., доп. – Москва : Издательский Дом "Инфра-М", 2016. – 384 с.
17. Стахов, А. И. Административное право России: учебник для вузов / А. И. Стахов, П. И. Кононов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2025. – 646 с. – (Высшее образование).
18. Тумусов, Ф. С. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации / Ф. С. Тумусов, Д. А. Косенков. – Москва : Издание Государственной Думы, 2019. – 81 с.
19. Финансовое право : учебник / Отв. ред. : Е. Ю. Грачева, О. В. Болтинова, Л. Л. Арзуманова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Проспект, 2025. – 712 с. – (Серия учебников МГЮД).
20. Хабриев, Р. У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р. У. Хабриев, В. М. Шипова, В. С. Маличенко. – Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2017. – 232 с.

4. Диссертации на соискание учебной степени

1. Антонова, Н. Л. Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России : дисс. ... д-ра социол. наук : 22.00.04 : защищена 21.02.2012 / Антонова Наталья Леонидовна. – Екатеринбург, 2012. – 283 с.

2. Каменская, Н. А. Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь: современные гарантии обеспечения, принципы реализации и механизмы защиты : автореф. дисс. ... канд. юрид. наук : 12.00.02 / Каменская Наталья Андреевна. – Владикавказ, 2011. – 22 с.
3. Малышева, А. А. Финансово-правовое регулирование деятельности субъектов обязательного медицинского страхования : дисс. ... канд. юрид. наук : 12.00.04 : защищена 23.06.2021 / Малышева Анастасия Андреевна. – Саратов, 2021. – 272 с.
4. Мустафина-Бредихина, Д. М. Административно-правовое регулирование государственного контроля обязательных требований, предъявляемых к качеству медицинской деятельности в России : дисс. ... канд. юрид. наук : 12.00.14 : защищена 13.02.2019 / Мустафина-Бредихина Диана Мядхатовна. – Москва, 2019. – 237 с.
5. Резниченко, С. Г. Российское законодательство об обязательном медицинском страховании во второй половине XIX-XX вв.: историко-правовое исследование : дисс. ... канд. юрид. наук : 12.00.01 : защищена 13.07.2007 / Резниченко Сергей Геннадиевич. – Санкт-Петербург, 2007. – 208 с.
6. Свидерский, А. В. Административно-правовые проблемы управления обязательным медицинским страхованием в Российской Федерации : дисс. ... канд. юрид. наук : 12.00.14 / Свидерский Андрей Владимирович. – Тюмень, 2001. – 199 с.
7. Шилюк, Т. О. Административно-правовое регулирование в области здравоохранения : дисс. ... канд. юрид. наук : 12.00.14 : защищена 06.10.2010 / Шилюк Татьяна Олеговна. – Москва, 2010. – 232 с.

5. Статьи в периодических изданиях и сборниках

1. Акулин, И. М. Проблемы и перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации (обзор литературы) / И. М. Акулин, И. В. Ионкина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 2(77). – С. 32-38.

2. Алексеева, Е. С. Проблемы реализации ответственности за нарушение бюджетного законодательства / Е. С. Алексеева // Lex Russica (Русский закон). – 2017. – № 11(132). – С. 58-66.
3. Антропов, В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика / В. В. Антропов // Экономика. Налоги. Право. – 2019. – Т. 12, № 2. – С. 115-126.
4. Арзуманова, Л. Л. К вопросу об аудите в системе финансового права / Л. Л. Арзуманова // Государственный и муниципальный финансовый контроль. – 2017. – № 1. – С. 44-46.
5. Артеменко, Д. А. Проблемы и перспективы страховой модели финансирования здравоохранения / Д. А. Артеменко, А. А. Соколов // Финансы. – 2018. – № 4. – С. 46-50.
6. Артымук, В. А. Недостаток финансирования здравоохранения как причина юридической ответственности врачей акушеров-гинекологов / В. А. Артымук // Мать и дитя в Кузбассе. – 2019. – № 1(76). – С. 71-75.
7. Артымук, В. А. Здравоохранение в Российской Федерации: конституционные принципы, основы и гарантии / В. А. Артымук // Мать и дитя в Кузбассе. – 2019. – № 2(77). – С. 24-29.
8. 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.
9. 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. – 2023. – № 10. – С. 103-106.

10. 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.
11. 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.
12. Арыкбаев, Р. К. Внутренний финансовый контроль в учреждениях здравоохранения РФ / Р. К. Арыкбаев, Э. К. Салахова, А. А. Корешкова // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2023. – № 1. – С. 72-85.
13. Бакаева, О. Ю. Мониторинг и аудит как инструмент достижения баланса частных и публичных интересов в налоговых и таможенных правоотношениях / О. Ю. Бакаева, Е. В. Покачалова // Вестник Пермского университета. Юридические науки. – 2018. – № 42. – С. 616-643.
14. Балаева, З. А. Проблемы и перспективы реализации контрольно-надзорной деятельности в регионе на примере контрольно-счетной палаты Республики Ингушетия / З. А. Балаева, О. Е. Ступникова // Вестник экспертного совета. – 2021. – № 4(27). – С. 3-9.
15. Белоусова, В. М. Проблемы оплаты медицинской помощи в рамках ОМС: нецелевое расходование средств / В. М. Белоусова, Р. М. Попов // Заместитель главного врача. – 2017. – № 7. – С. 62-69.
16. Белинская, И. Б. Специфика финансирования сферы здравоохранения на региональном уровне / И. Б. Белинская, М. В. Лоскутова // Социально-экономические явления и процессы. – 2019. – Т. 14, № 2(106). – С. 73-80.
17. Бударин, С. С. Эффективность функционирования систем здравоохранения как предмет государственного финансового контроля: обзор российского и зарубежного опыта / С. С. Бударин, Ю. В. Эльбек // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 976-982.

18. Вареник, А. В. Исследование организации процессов финансирования системы здравоохранения Курской области / А. В. Вареник, Н. В. Пенькова, Е. Г. Ильина // Молодой ученый. – 2015. – № 9(89). – С. 550-552.
19. Васильев, В. П. О материально-финансовом обеспечении здравоохранения / В. П. Васильев // Социологические исследования. – 2017. – № 3(395). – С. 150-154.
20. Васильева, И. С. Экономические подходы к оценке расходов на здравоохранение / И. С. Васильева // Финансы и управление. – 2016. – № 1. – С. 91-99.
21. Вифлеемский, А. Б. Три "не" при квалификации нарушений / А. Б. Вифлеемский // Финконтроль. – 2019. – № 3(17). – С. 62-67.
22. Гафурова, А. А. Здравоохранение как основа формирования человеческого капитала (на примере Ульяновской области) / А. А. Гафурова // Региональная экономика: теория и практика. – 2013. – № 21. – С. 62-68.
23. Глущенко, А. А. Анализ деятельности Счетной палаты Российской Федерации за 2017-2019 гг. / А. А. Глущенко // Вести научных достижений. Экономика и право. – 2020. – № 5. – С. 229-232.
24. Финансирование программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи: как решить проблему дефицита? / В. В. Гришин, А. В. Рагозин, А. А. Ицелев, С. А. Глазунова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 6. – С. 514-521.
25. Гречишников, В. А. Проблемы ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств / В. А. Гречишников // Государственная служба и кадры. – 2018. – № 1. – С. 179-181.
26. Григорьев, А. В. К вопросу о сущности финансового контроля / А. В. Григорьев, К. К. Голод // Журнал прикладных исследований. – 2020. – № 4-3. – С. 12-18.
27. Дудник, В. Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) / В. Ю. Дудник // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3-1. – С. 60-64.

28. Ендовицкий, Д. А. Взаимосвязь систем внешнего и внутреннего контроля деятельности бюджетного учреждения / Д. А. Ендовицкий, С. В. Головин, Н. Э. Спиридонова // Международный бухгалтерский учет. – 2020. – Т. 23, № 11(473). – С. 1240-1252.
29. Еськова, Н. А. Обязательное медицинское страхование как основной источник финансирования государственной системы здравоохранения РФ / Н. А. Еськова, И. Н. Малашина // Политика, экономика и инновации. – 2019. – № 1(24). – С. 5.
30. Жукова, Н. И. Привлечение к административной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств / Н. И. Жукова // Вопросы российской юстиции. – 2020. – № 8. – С. 512-519.
31. Затравкин, С. Н. Принципы советской медицины: история создания / С. Н. Затравкин, Е. А. Вишленкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 3. – С. 491-498.
32. Иванова, О. Г. Нецелевое использование бюджетных средств как основание юридической ответственности / О. Г. Иванова // Вестник магистратуры. – 2019. – № 11-4(98). – С. 131-134.
33. Калашникова, Н. А. Новая модель организации работы Контрольно-счетной палаты в условиях распространения инфекции / Н. А. Калашникова, М. Ф. Костюченко, Ю. С. Кузьминов // Финконтроль. – 2021. – № 3(25). – С. 6-11.
34. Карепина, О. И. Развитие государственного финансового контроля в сфере здравоохранения / О. И. Карепина, С. Н. Меликсетян // Дайджест-финансы. – 2019. – Т. 24, № 2(250). – С. 221-240.
35. Каткова, И. П. Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 году / И. П. Каткова // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 135-147.
36. Ковалев, А. И. Опыт работы Совета контрольно-счетных органов при Контрольно-счетной палате Московской области / А. И. Ковалев // Вестник АКСОР. – 2017. – № 3-4(43). – С. 47-52.

37. Ковалева, С. А. Обзор методик планирования объемов медицинской помощи и финансирования системы здравоохранения субъектами Российской Федерации / С. А. Ковалева, Д. В. Федяев, Н. Н. Сисигина // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2021. – Т. 14, № 3. – С. 415-422.
38. Козыренко, Е. И. Современное состояние финансирования здравоохранения в России / Е. И. Козыренко, Л. О. Авдеева // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2019. – № 1. – С. 153-164.
39. Колесник, В. И. Развитие принципов финансирования отрасли здравоохранения в Российской Федерации и в некоторых странах мира / В. И. Колесник // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. – 2019. – № 2(47). – С. 12-17.
40. Корякина, З. И. Отличия уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств от аналогичных правонарушений в административном и бюджетном законодательстве / З. И. Корякина, Д. К. Ксенофонтова // Аграрное и земельное право. – 2021. – № 8(200). – С. 95-98.
41. Кулий, Л. А. Освобождение от уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств с назначением судебного штрафа / Л. А. Кулий, Г. И. Козырь // Интерактивная наука. – 2020. – № 8(54). – С. 40-42.
42. Модель финансового обеспечения регионального здравоохранения / О. М. Куликова, Е. В. Усачева, В. А. Шамис и др. // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, № 10(457). – С. 1823-1840.
43. Куреев, В. В. Административно-правовые и институциональные аспекты государственного контроля в сфере здравоохранения / В. В. Куреев, Р. А. Лубский, Г. С. Працко // Философия права. – 2022. – № 4(103). – С. 75-80.
44. Кучина, Д. В. Анализ распределения квот ОМС между государственными и частными медицинскими учреждениями / Д. В. Кучина // Бизнес-образование в экономике знаний. – 2020. – № 1(15). – С. 59-62.

45. Линденбратен, А. Л. Актуальные проблемы российского здравоохранения / А. Л. Линденбратен // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 60-71.
46. Лупарев, Е. Б. Теория административно-правового спора в системе теории административной юстиции: размышления о перспективах развития и реального применения / Е. Б. Лупарев // Административное право и процесс. – 2013. – № 7. – С. 41-44.
47. Максина, А. А. Наиболее типичные нарушения бюджетного законодательства, выявляемые органами прокуратуры / А. А. Максина // Globus. – 2022. – Т. 8, № 4(69). – С. 91-97.
48. Малека, Ю. Н. Анализ системы здравоохранения в современной России и в годы СССР / Ю. Н. Малека, К. Г. Алимкин // ГосРег: государственное регулирование общественных отношений. – 2020. – № 1(31). – С. 107-114.
49. Мартынов, А. В. Критический анализ общих положений Федерального закона от 31 июля 2020 Г. № 248-ФЗ «о государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» / А. В. Мартынов // Актуальные вопросы контроля и надзора в социально значимых сферах деятельности общества и государства : материалы VI Всероссийской научно-практической конференции, Нижний Новгород, 01 июля 2021 года. – Нижний Новгород : Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, 2021. – С. 31-59.
50. Марьина, М. И. Особенности уголовной ответственности за нецелевое расходование бюджетных средств / М. И. Марьина, С. Н. Сабанин // Символ науки: международный научный журнал. – 2023. – № 6-1. – С. 120-123.
51. Матвеева, В. А. Административная ответственность за нецелевое использование бюджетных средств / В. А. Матвеева, Л. И. Силаева // Символ науки: международный научный журнал. – 2020. – № 9. – С. 44-48.
52. Монгуш, Н. С. Ответственность за нецелевое расходование бюджетных средств как средство противодействия коррупции / Н. С. Монгуш // Инновации. Наука. Образование. – 2020. – № 24. – С. 732-737.

53. 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.
54. 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.
55. Нефедова, Е. В. Квота в российском праве: понятие и виды / Е. В. Нефедова // Алтайский юридический вестник. – 2023. – № 2(42). – С. 12-20.
56. Омеляновский, В. В. Ключевые параметры систем здравоохранения / В. В. Омеляновский, Л. В. Максимова, А. П. Татаринов // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2014. – Т. 7, № 2. – С. 51-56.
57. Павлюк, А. В. Проблема нецелевого использования бюджетных средств в системе обязательного медицинского страхования / А. В. Павлюк, Т. Э. Мартиросян // Проблемы экономики и юридической практики. – 2021. – Т. 17, № 4. – С. 94-98.
58. Поддубная, М. Н. Особенности финансового контроля медицинских учреждений / М. Н. Поддубная, А. М. Петросян // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2022. – № 4-4(67). – С. 107-110.
59. Репьев, А. Г. "Квота" как правовая категория: дефинитивный и содержательный аспекты / А. Г. Репьев // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России. – 2020. – № 3(94). – С. 34-46.
60. Салимов, В. А. Реформа здравоохранения в США в период президентства Б. Обамы глазами российских ученых / В. А. Салимов // Общество: философия, история, культура. – 2018. – № 1. – С. 139-142.
61. Семенов, В. Ю. Система обязательного медицинского страхования в оценках пациентов / В. Ю. Семенов, С. А. Лившиц, К. Ю. Лакунин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 178-183.

62. Семина, Е. С. Проблемы финансирования здравоохранения в России / Е. С. Семина, А. О. Еремина // Инновационный потенциал цифровой экономики: состояние и направления развития : сборник научных статей Международной научно-практической конференции, Курск, 28 октября 2021 года. – Курск : Юго-Западный государственный университет, 2021. – С. 336-339.
63. Синчурин, О. В. Понятие коррупционных преступлений в сфере закупок и их классификация / О. В. Синчурин // Государственная служба и кадры. – 2019. – № 1. – С. 125-129.
64. Соболева, Е. А. Эволюция модели финансирования здравоохранения в РФ / Е. А. Соболева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2019. – № 12-3(58). – С. 67-75.
65. Соколов, Е. В. Система финансирования здравоохранения США / Е. В. Соколов, Д. А. Гречкин // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2019. – Т. 5, № 12. – С. 100-108.
66. Такмазян, А. С. Здравоохранение в России в условиях пандемии коронавирусной инфекции: Ключевые показатели и финансовое обеспечение / А. С. Такмазян, К. Н. Самойлова // Финансовые исследования. – 2021. – № 3(72). – С. 73-79.
67. Тимофеева, О. И. Особенности государственного финансирования здравоохранения на региональном уровне / О. И. Тимофеева // Финансы. – 2018. – № 7. – С. 11-17.
68. Улумбекова, Г. Э. Предложения по реформе здравоохранения РФ после завершения пика пандемии COVID-19 / Г. Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. – № 2. – С. 9-26.
69. Финансирование здравоохранения в России (2021-2024 гг.). Факты и предложения / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн, А. В. Калашникова, Н. В. Альвианская // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – № 4. – С. 4-19.

70. Улумбекова, Г. Э. Финансирование здравоохранения для достижения ожидаемой продолжительности жизни в России 78 лет к 2030 году / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 129-140.
71. Шведова, Н. А. "Трампокэр" против "Обамакэр": первый раунд? / Н. А. Шведова // Россия и Америка в XXI веке. – 2017. – № 2. – С. 7.
72. Шведова, Н. А. Реформа здравоохранения в США: споры не утихают / Н. А. Шведова // США и Канада: экономика, политика, культура. – 2014. – № 7(535). – С. 3-16.
73. Шведова, Н. А. Здравоохранение в США: уроки пандемии COVID-19 / Н. А. Шведова // США и Канада: экономика, политика, культура. – 2022. – № 11. – С. 64-80.
74. Шилюк, Т. О. К вопросу о правовом мониторинге законодательства в области здравоохранения / Т. О. Шилюк // Актуальные проблемы российского права. – 2014. – № 7(44). – С. 1351-1355.
75. Шишкин, С. В. Является ли страховой российская система обязательного медицинского страхования? / С. В. Шишкин // Вопросы экономики. – 2022. – № 8. – С. 32-47.
76. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» / С. Шишкин, И. Шейман, А. Абдин и др. – Москва, 2016. – 67 с.
77. Щеголев, П. Е. Процессы трансформации системы здравоохранения в России и США сквозь призму организационной культуры доверия: сравнительный анализ / П. Е. Щеголев // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2018. – № 3(111). – С. 172-177.
78. Сафонов, А. Л. Финансирование общедоступной медицинской помощи населению Российской Федерации: сохранять многоканальность или переходить на систему единого плательщика? / А. Л. Сафонов, А. В. Рагозин, В. В. Гришин // Финансы: теория и практика. – 2022. – Т. 26, № 4. – С. 230-244.

6. Статьи в периодических изданиях и сборниках на иностранных языках

1. An overview of health policies for asylum-seekers in Germany / N. Gottlieb, M. Schülle // *Health Policy*. – 2021. – Vol. 125, № 1. – P. 115-121.
2. Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand / A. Watabe, W. Wongwatanakul, T. Thamarangsi et al. // *Health Promotion International*. – 2017. – Vol. 32, № 4. – P. 702-710.
3. 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.
4. Brunn, M. Tools of power: pay-for-performance in French and German health reforms / M. Brunn // *Journal of health organization and management*. – 2021. – Vol. 35, № 3. – P. 265-286.
5. Éditorial : La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité / P. Abecassis, P. Batifoulier, N. Coutinet, J. P. Domin // *Revue Française de Socio-Économie*. – 2017. – № 18(1). – P. 13-22.
6. France: health system review / K. Chevreul, K. Berg Brigham, I. Durand-Zaleski, C. Hernandez-Quevedo // *Health systems in transition*. – 2015. – Vol. 17, № 3. – P. 1-218.
7. Galstyan, H. Global trends in current and state health care financing in upper-middle-income countries / H. Galstyan, G. Badadyan // *Amberd Bulletin*. – 2021. – № 6(13). – P. 44-51.
8. Germany: health system review / M. Blümel, A. Spranger, K. Achstetter et al. // *Health Systems in Transition*. – 2020. – Vol. 22, № 6. – P. 1-272.
9. Giyasov, S. A. Analysis of world practice of financing and organizing health care systems / S. A. Giyasov // *Beneficiary*. – 2019. – № 50. – P. 8-16.

10. Giyasov, S. A. Financing health institutions: theoretical and law Actions / S. A. Giyasov // Beneficiary. – 2020. – № 69. – P. 3-6.
11. Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland – ein Positionspapier des DNVF / E. Neugebauer, K. Piwernetz, A. Bramesfeld et al. // Gesundheitswesen. – 2022. – Vol. 84, № 10. – P. 971-978.
12. Outpatient health care utilization and health expenditures of asylum seekers in Halle (Saale), Germany - an analysis of claims data / A. Niedermaier, A. Freiberg, D. Tiller et al. // BMC Health services research. – 2020. – Vol. 20, № 1. – P. 961.
13. Perceptions of health care use in Germany during the COVID-19 pandemic / A. Hajek, F. De Bock, L. H. Wieler et al. // International journal of environmental research and public health. – 2020. – Vol. 17, № 24. – P. 9351.
14. Rosenbaum, S. The patient protection and affordable care act: implications for public health policy and practice / S. Rosenbaum // Public health reports. – 2011. – Vol. 126, № 1. – P. 130-135.
15. Schwartz, L. M. Medical marketing in the United States, 1997-2016 / L. M. Schwartz, S. Woloshin // JAMA. – 2019. – Vol. 321, № 1. – P. 80-96.
16. Sheiman, I. Health plan payment in the Russian Federation / I. Sheiman // Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets : theory and practice / Ed.: T. G. McGuire, R. C. van Kleef. – USA : Academic Press, 2018. – Ch. 15. – P. 431-451.
17. Sheiman, I. Sources of funds and revenue collection: reforms and challenges / I. Sheiman, J. Langenbrunner, J. Kehler et al. // Implementing health financing reform : Lessons from countries in transition / Ed.: J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab. – United Kingdom : European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. – Ch. 4. – P. 85-118.
18. Sheiman, I. Using targets to reduce waiting times for elective care: what can we learn from the Russian Experience? / I. Sheiman, E. Richardson // Health systems reform. – 2021. – Vol. 7, № 1. – P. e1975529.

19. Shishkin, S. The hard way from the Beveridge to the Bismarck model of health finance: Expectations and reality in Russia / S. Shishkin, I. Sheiman // Front public health. – 2023. – № 11. – P. 1104209.
20. The impact of decentralisation on the performance of health care systems: a non-linear relationship / S. Dougherty, L. Lorenzoni, A. Marino, F. Murtin // The European journal of health economics. – 2022. – Vol. 23, № 4. – P. 705-715.
21. Thevenin, L. L'assurance santé française tient son nouveau géant / L. Thevenin // Les Echos. – 2017. – 13 september. – Access mode: <https://www.lesechos.fr/2017/09/lassurance-sante-francaise-tient-son-nouveau-geant-183056> (date of access: 23.09.2025).
22. Thomson, S. Using targets to reduce waiting times for elective care: what can we learn from the Russian Experience? / S. Thomson, T. Evetovits, H. Kluge // Eurohealth. – 2016. – Vol. 22, № 2. – P. 18-22.
23. Vathesatogkit, P. Health promotion fund: sustainable financing and governance / P. Vathesatogkit, T. Y. Lian, B. Ritthiphakdee. – Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, 2013.
24. Võrk, A. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia / A. Võrk, T. Habicht. – Copenhagen, Denmark : World Health Organization, 2018. – 96 p.

7. Электронные ресурсы

1. База рекомендаций [Электронный ресурс] // Сайт Счетной палаты [сайт]. – Режим доступа: <https://rec.ach.gov.ru/> (дата обращения: 23.09.2025).
2. Достигнута важная глобальная веха в деле обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. ВОЗ приветствует резолюцию Межпарламентского союза по ВОУЗ [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/17-10-2019-universal-health-coverage-passes-key-global-milestone> (дата обращения: 23.09.2025).
3. ИАС. Страховые медицинские организации [Электронный ресурс] // НСИ : [сайт]. – Режим доступа:

<https://nsi.rosminzdrav.ru/dictionaries/1.2.643.5.1.13.13.99.2.722/passport/3.2> (дата обращения: 23.09.2025).

4. Изотова, Г. Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. Здравоохранение [Электронный ресурс] / Г. Изотова. – 2024. – № 4. – 137 с. – Режим доступа: <https://www.sptulobl.ru/Bul-4-2024.pdf> (дата обращения: 23.09.2025).

5. Изотова, Г. Отчет о промежуточных результатах экспертно-аналитического мероприятия «Аудит использования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями в 2021-2023 годах». Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 22 декабря 2023 года [Электронный ресурс] / Г. Изотова. – 2024. – 56 с. – Режим доступа: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/c10/1qr211q596wcmgfabm5c3fa1egea4usz.pdf> (дата обращения: 23.09.2025).

6. Ковальчук, Б. Ю. «Главный аудитор страны»: Совет Федерации признал эффективной работу Счетной палаты в 2023 году. Счетная палата завершила подведение итогов своей работы в 2023 году. 19 июня годовой отчет контрольного ведомства был рассмотрен на пленарном заседании Совета Федерации [Электронный ресурс] / Б. Ю. Ковальчук // Счетная палата Российской Федерации : [сайт]. – Режим доступа: <https://ach.gov.ru/news/glavnyy-auditor-strany?highlight-search-result=ОТЧЕТ&highlight-search-result=РАБОТ&highlight-search-result=2023&highlight-search-result=ГОД> (дата обращения: 23.09.2025).

7. Младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми (оперативные данные) [Электронный ресурс] // ЕМИСС (государственная статистика) : [сайт]. – Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/61902> (дата обращения: 23.09.2025).

8. О проведении общественного обсуждения по проекту закона о городском бюджете на 2025-2027 гг. 26 октября 2024 г. [Электронный ресурс] // Общественная палата города Москвы : [сайт]. – Режим доступа: <https://opmoscow.ru/agenda/news/view/o-provedenii-obshchestvennogo-obsuzhdeniya-po-proektu-zakona-o-gorodskom-byudzhete-na-2025-2027-gg> (дата обращения: 23.09.2025).

9. Отчет о работе направления аудита здравоохранения и спорта Счетной палаты Российской Федерации в 2022 году. Приложение № 4 к отчету о работе Счетной палаты Российской Федерации в 2022 году [Электронный ресурс]. – 2023. – 24 с. – Режим доступа: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b8e/scy311mqv7dc5ohtclxs6sjpfctct7mn.pdf> (дата обращения: 23.09.2025).
10. Отчет о работе Счетной палаты Российской Федерации в 2022 году [Электронный ресурс] // Счетная палата Российской Федерации : [сайт]. – Режим доступа: https://ach.gov.ru/reports/report_2022 (дата обращения: 23.09.2025).
11. Расходы на здравоохранение в России в 2024 году составляют 3,7% ВВП [Электронный ресурс] // Интерфакс [сайт]. – Режим доступа: <https://www.interfax.ru/russia/960345> (дата обращения: 23.09.2025).
12. Счетная палата предложила изменить подход к тарифообразованию в системе ОМС [Электронный ресурс] // РИА новости : [портал]. – Режим доступа: <https://ria.ru/20250403/medpomosch-2009000528.html> (дата обращения: 23.09.2025).
13. Тэннер, М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах [Электронный ресурс] / М. Тэннер // Устройство свободы INLIBERTY : [сайт]. – Режим доступа: <http://www.inliberty.ru/library/49-sravnitelnyy-analiz-sistem-zdravoohraneniya-v-raznyh-stranah#> (дата обращения: 23.09.2025).
14. About the Affordable Care Act [Electronic resource] // U.S. Department of Health and Human Services : [website]. – Access mode: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html> (date of access: 23.09.2025).
15. Best Healthcare in the World 2025 [Electronic resource] // World Population Review : [website]. – Access mode: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world> (date of access: 23.09.2025).
16. Constitution of the World Health Organization [Electronic resource]. – 1946. – 18 p. – Access mode: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (date of access: 23.09.2025).
17. Department of Health and Social Care Annual Report and Accounts 2021-22 (For the period ended 31 March 2022) [Electronic resource]. – Canada : Crown copyright,

2023. – 435 p. – Access mode: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1135637/dhsc-annual-report-and-accounts-2021-2022_web-accessible.pdf (date of access: 23.09.2025).
18. DNVF-Forum Versorgungsforschung [Electronic resource] // Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. : [website]. – Access mode: <https://www.dnvf.de/dnvf-forum-archiv/6-dnvf-forum-versorgungsforschung.html> (date of access: 23.09.2025).
19. Global expenditure on health: public spending on the rise? [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization, 2021. – 74 p. – Access mode: <https://iris.who.int/handle/10665/350560> (date of access: 23.09.2025).
20. Hanvoravongchai, P. Thailand - Health financing reform in Thailand : toward universal coverage under fiscal constraints (English) [Electronic resource] / P. Hanvoravongchai. – Thailand : Health, Nutrition & Popultn Team (HDNHE), 2013. – Access mode: <http://documents.worldbank.org/curated/en/476621468132279566> (date of access: 23.09.2025).
21. Health Insurance Coverage of the Total Population [Electronic resource] // KFF. The independent source for health policy research, polling, and news : [website]. – Access mode: <https://www.kff.org/state-health-policy-data/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D> (date of access: 23.09.2025).
22. Health spending. Health spending is the final consumption of health care goods and services [Electronic resource] // OECD : [website]. – Access mode: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html> (date of access: 23.09.2025).
23. Legal access rights to health care: country profile – Germany [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization, 2019. – 12 p. – Access mode: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331622/9789240000148-eng.pdf> (date of access: 23.09.2025).

24. Medicaid & CHIP coverage [Electronic resource] // HealthCare.gov : [website]. – Access mode: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip> (date of access: 23.09.2025).
25. Medicare and the Marketplace [Electronic resource] // HealthCare.gov : [website]. – Access mode: <https://www.healthcare.gov/medicare> (date of access: 23.09.2025).
26. Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared Other High-Income Countries [Electronic resource] // The Commonwealth Fund : [website]. – Access mode: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> (date of access: 23.09.2025).
27. Montaut, A. Rapport 2017. Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé [Electronic resource] / A. Montaut. – France : Ministère des solidarités et de la santé, Ministère du travail, Ministère de l'action et des comptes publics, 2017. – 57 p. – Access mode: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/rapport_2017_sur_la_situation_financiere_des_organismes_complementaires_assurant_une_couverture_sante-3.pdf (date of access: 23.09.2025).
28. National Health Interview Survey [Electronic resource] // CDC. National Center for Health Statistics : [website]. – Access mode: <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm> (date of access: 23.09.2025).
29. Open Budget Survey [Electronic resource] // International Budget Partnership : [website]. – Access mode: <https://internationalbudget.org/open-budget-survey/> (date of access: 23.09.2025).
30. Paris, V. OECD Health Working Papers No. 50. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries [Electronic resource] / V. Paris, M. Devaux, L. Wei. – USA : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010. – 141 p. – Access mode: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2010/04/health-systems-institutional-characteristics_g17a1e51/5kmfxfq9qbnr-en.pdf (date of access: 23.09.2025).

31. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 [without reference to a Main Committee (A/70/L.1)] [Electronic resource]. – General Assembly, 2015. – 35 p. – Access mode: <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44> (date of access: 23.09.2025).
32. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [Electronic resource] // Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz : [website]. – Access mode: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html (date of access: 23.09.2025).
33. Statistiques et études [Electronic resource] // Insee. Mesurer pour comprendre [website]. – Access mode: <https://www.insee.fr/fr/statistiques> (date of access: 23.09.2025).
34. The Best Hospitals in the World for 2025 [Electronic resource] // Expatriate Group : [website]. – Access mode: <https://www.expatriatehealthcare.com/best-hospitals-worldwide/#:~:text=South%20Korea%20tops%20the%20list,is%20affordable%20and%20readily%20available> (date of access: 23.09.2025).
35. The Kingdom of Thailand health system review (Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 5 2015) [Electronic resource]. – Philippines : World Health Organization, 2015. – 344 p. – Access mode: https://apo.who.int/docs/librariesprovider15/publications/hits/thailand_health_systems_review_th.pdf (date of access: 23.09.2025).
36. The OECD Health Project. Private Health Insurance in OECD Countries [Electronic resource]. – USA : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004. – 237 p. – Access mode: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2004/11/private-health-insurance-in-oecd-countries_g1gh4315/9789264007451-en.pdf (date of access: 23.09.2025).
37. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage [Electronic resource] // World Health Organization : [website]. – Access mode: <https://iris.who.int/handle/10665/44371> (date of access: 23.09.2025).

38. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Electronic resource] // United Nations : [website]. – Access mode: <https://sdgs.un.org/2030agenda> (date of access: 23.09.2025).
39. Where Do You Get the Most for Your Health Care Dollar? [Electronic resource] // Bloomberg : [website]. – Access mode: <https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html> (date of access: 23.09.2025).
40. Which information can I find here? [Electronic resource] // Eurostat : [website]. – Access mode: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/> (date of access: 23.09.2025).
41. World Health Statistics 2022 // World Health Organization : [website]. – Access mode: <https://www.who.int/news/item/20-05-2022-world-health-statistics-2022> (date of access: 23.09.2025).