

А.А. Малышева

ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Саратовская государственная юридическая академия»

А. А. Малышева

**ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Монография

*Под научной редакцией доктора юридических наук,
доцента М. Б. Разгильдиевой*

Саратов
2024

УДК 347.730.55
ББК 67.402
М20

Рецензенты:

доктор юридических наук, профессор, декан юридического факультета Финансового университета при Правительстве РФ, заслуженный юрист РФ *Г.Ф. Ручкина*;
доктор юридических наук, доцент, профессор кафедры финансового права Московского государственного юридического университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА) *Л. Л. Арзуманова*

*Печатается по решению Совета по науке
Саратовской государственной юридической академии*

Мальшева, А.А.

М20 Финансово-правовое регулирование деятельности субъектов обязательного медицинского страхования / А.А. Мальшева ; под науч. ред. М.Б. Разгильдиевой. – Саратовская государственная юридическая академия. – Саратов : Изд-во Сарат. гос. юрид. акад., 2024. – 208 с.

ISBN 978-5-7924-1988-9

В монографии исследованы концептуальные основы финансово-правового регулирования деятельности субъектов обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Установлены факторы формирования механизма системы ОМС как одной из форм финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи, выявлена сущность финансово-правового регулирования ОМС. Предложены подходы к обеспечению системности его содержания в части регламентации финансово-правовых статусов субъектов ОМС. Систематизированы направления контроля и надзора, обеспечивающие соблюдение субъектами в сфере ОМС обязанностей по законному использованию средств ОМС, а также сформулированы предложения по совершенствованию действующего законодательства в указанной сфере.

Для научных и практических работников, преподавателей юридических вузов, обучающихся, магистрантов, аспирантов и всех интересующихся проблемами финансово-правовой науки и финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи.

**УДК 347.730.55
ББК 67.402**

ISBN 978-5-7924-1988-9

© Саратовская государственная
юридическая академия, 2024
© Мальшева А. А., 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
----------------	---

Глава 1

Теоретические основы деятельности субъектов обязательного медицинского страхования

1.1. Генезис финансово-правового регулирования обязательного медицинского страхования	9
1.2. Системность финансово-правового регулирования обязательного медицинского страхования	29
1.2.1. Система финансово-правового регулирования ОМС ..	29
1.2.2. Принципы финансово-правового регулирования ОМС ..	48
1.3. Субъекты обязательного медицинского страхования: общая характеристика финансово-правового статуса	61

Глава 2

Правоотношения по формированию средств обязательного медицинского страхования

2.1. Нормативно-правовая регламентация полномочий по планированию финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС	91
2.2. Полномочия по распределению средств ОМС: проблемы нормативно-правовой регламентации	109

Глава 3

Финансово-правовое регулирование использования и контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования

3.1. Финансово-правовые статусы субъектов правоотношений по использованию средств обязательного медицинского страхования	129
3.2. Полномочия органов контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования	144

Заключение	168
Библиографический список.....	177
Монографии, учебники, учебные пособия	177
Статьи в периодических изданиях и сборниках научных трудов	180
Диссертации и авторефераты диссертаций.....	190
Зарубежные источники	193
Приложения.....	194
<i>Приложение 1</i>	
Анализ формирования доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2021 году	194
<i>Приложение 2</i>	
Анализ формирования доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2023 году	197
<i>Приложение 3</i>	
Анализ расходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение функций аппаратами и выплаты персоналу в 2021 году	200
<i>Приложение 4</i>	
Анализ расходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение функций аппаратами и выплаты персоналу в 2023 году	204

ВВЕДЕНИЕ

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь, предусмотренное статьей 41 Конституции Российской Федерации, относится к наиболее важным конституционно гарантированным социальным правам граждан, основанным на международном соглашении об экономических, социальных и культурных правах. Это одно из немногих субъективных прав, реализацию которого осуществляет почти все население России. Так, в 2021 г. зарегистрировано 1 419 023 002 случая посещений врачей, включая профилактические и посещения к зубным врачам. Значительное число субъектов вовлечено в сферу охраны здоровья и оказания медицинской помощи, формируя соответствующую инфраструктуру. В оказании медицинской помощи в 2021 г. было задействовано более 26 тысяч (а именно: 26 688) амбулаторно-поликлинических и больничных организаций государственной, муниципальной и частной форм собственности¹.

Расходы на финансирование здравоохранения из федерального бюджета в 2023 г. составят 4,9 % от ВВП². Этот показатель не является высоким, однако Российская Федерация принимает на себя обязательства обеспечить более высокий уровень охраны здоровья и медицинской помощи. Так, к 2030 г. планируется снижение младенческой смертности – до 3,9 случая на 1 000 человек, родившихся живыми; снижение смертности от новообразований – до 185 случаев на 100 тыс. человек населения; от болезней системы кровообращения – до 450 случаев на 100 тыс. человек населения, что в совокупности позволит достичь снижения к 2030 г. смертности населения от всех причин до 11,5 случая на 1 000 человек населения³.

¹ В монографии приведена официальная статистика по состоянию на 2021 год. Данные за 2022 и 2023 гг. на момент подготовки монографии не опубликованы. См.: Здравоохранение. Лечебно-профилактическая помощь. Заболеваемость // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>

² См.: Заключение Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова на проект федерального закона № 201614-8 «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Система обеспечения законодательной деятельности. Документы к законопроекту № 201614-8. URL: <https://sosz.duma.gov.ru/bill/201614-8>

³ См.: Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в ред. от 16 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2018. № 1, ч. 2, ст. 373; 2022. № 52, ст. 9599.

Поставленные задачи предполагают рост финансовых ресурсов, направляемых на эти цели, но не менее важно и формирование организационно-правового механизма, обеспечивающего эффективное планирование и использование этих ресурсов.

В настоящее время система финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации является смешанной, сочетая в себе финансирование из средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), а также финансовое обеспечение за счет ассигнований из федерального и региональных бюджетов.

Преимущественным источником финансового обеспечения оказания медицинской помощи являются средства ОМС, за счет использования которых большинство ее видов предоставляется бесплатно. В 2023 г. планируется затратить на финансирование здравоохранения более 4,7 трлн руб. Из них более 3,2 трлн руб. будут предоставлены из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС)¹ и более 1,5 трлн руб. – из средств федерального бюджета².

Однако столь значительные ресурсы используются в условиях отсутствия устойчивой модели распределения бремени расходов на здравоохранение между источниками финансирования данной системы, которая не сформирована в формате внятной концепции государственной политики. Нет такой концепции и в юридической науке.

Основной объем медицинской помощи в Российской Федерации оказывается за счет средств ОМС, чем определяется значимость правового регулирования в этой сфере. Однако оно не лишено ряда проблем, снижающих как его эффективность, так и результативность финансового обеспечения оказания медицинской помощи. В их ряду: противоречия в содержании нормативных правовых актов, обусловленные отсутствием системности правового регулирования; недостаточно полная регламентация ряда отношений, связанных с финансовым обеспечением оказания бесплатной медицинской помощи; отсутствие прозрачного механизма распределения объемов финансирования оказания медицинской помощи за счет средств ОМС между медицинскими организациями; неяс-

¹ См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 3, ст. 8762.

² См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 466-ФЗ «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 1, ст. 8760.

ность правового регулирования финансирования предоставления медицинской помощи в рамках ОМС на территории города Байконур; проблемы формирования механизма финансово-правового обеспечения внедрения цифровых технологий и другие.

Сложившееся финансово-правовое регулирование создает условия ограниченного финансирования оказания бесплатной медицинской помощи, ставя под угрозу достаточность объема ее предоставления. Например, при исчерпании запланированных денежных средств и превышении медицинской организацией квоты на оказание отдельных видов медицинской помощи, закрепленной в Тарифном соглашении в сфере ОМС конкретного субъекта Российской Федерации, фактически может быть приостановлено предоставление бесплатной медицинской помощи. Требуется решения вопрос, является ли такая модель государственной политики в сфере оказания бесплатной медицинской помощи допустимой, какими условиями определяется ее существование и какими правовыми средствами она может быть модернизирована.

Значительное число субъектов данных отношений, многочисленность нормативно-правовых актов, регламентирующих отношения в связи с формированием, использованием и контролем за использованием этих ресурсов, объективно обуславливает возможность наличия пробелов и противоречий внутри этого блока правового регулирования. Поэтому насущной исследовательской задачей является разработка научно-обоснованных рекомендаций по формированию его содержания на системной основе, предполагающей концептуальное согласование содержания правовых статусов субъектов этих правоотношений и правовых конструкций, определяющих правовую инфраструктуру данной сферы общественных отношений.

Несмотря на значимость финансово-правового регулирования как базового условия эффективности обязательного медицинского страхования, в настоящее время данный вопрос практически не рассматривается в доктрине финансового права. При этом финансово-правовое регулирование представляется значимым не само по себе, а в аспекте того, что любое государственное начинание может стать реализуемым лишь при условии, что финансовые потоки направлены на осуществление необходимых мероприятий и обеспечено их целевое и эффективное использование.

Актуальность выбранной темы обуславливается также отсутствием научно-теоретических исследований финансово-правовых аспектов деятельности субъектов ОМС, определяющих их финан-

сово-правовой статус, состав и особенности правового положения в правоотношениях по планированию, использованию и контролю за использованием средств ОМС как системно организованной модели.

Специфика сферы здравоохранения, особенности ее правового регулирования, особенности отношений по разграничению полномочий между Российской Федерацией и ее субъектами требуют комплексного исследования, базирующегося на политических, экономических, социальных и юридических аспектах рассматриваемых отношений, позволяющих формировать обоснованные предложения в части финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС.

Изложенное предопределяет значимость комплексного теоретического и практического исследования финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС.

Глава 1

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СУБЪЕКТОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**1.1. ГЕНЕЗИС ФИНАНСОВО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

При изучении теоретических основ финансово-правового регулирования деятельности субъектов обязательного медицинского страхования и оценке действующего механизма их правового регулирования необходимо иметь четкое понимание об истоках формирования данного механизма, поступательности его развития и факторах, которые повлияли на данный процесс в разные исторические периоды российской государственности.

Первые признаки инструментов страхования в Российском государстве в сфере обеспечения интересов, связанных со здоровьем человека, которые получают затем активное развитие, можно обнаружить в XIX веке в связи с развитием финансовых отношений перераспределительного характера.

Первые исторические упоминания о подобии централизованного порядка оказания медицинской помощи в России содержатся в Церковном уставе 996 г., принятом при великом князе Владимире Святославовиче. Наиболее распространенной формой оказания медицинской помощи являлась монастырская медицина, которая предполагала образование при церквях и монастырях лечебниц для калек и слепых. Церковный устав князя Владимира Святославовича предусматривал положения о том, что лекари подчинены и отданы под надзор церковной власти, а больницы и монастыри являются учреждениями церковного ведомства¹. Важным отличием монастырской медицины был ее безвозмездный характер.

Помимо монастырской (церковной) медицины существовала и светская (городская) медицина. Данная форма оказания медицинской помощи предполагала осуществление помощи лекарями на профессиональной основе. Некоторые историки полагают, что данные лекари проживали в городах и брали плату за оказание медицинской помощи². В рассматриваемый исторический период

¹ См.: Памятники русского права / под ред. С. В. Юшкова. М., 1952. С. 237.

² См.: Акинин И. Л. История русской средневековой медицины. Л., 1988. С. 14.

остро чувствовалось противостояние между церковной и светской властью, в том числе и в сфере оказания медицинской помощи. Данные свидетельствуют, что бояре и князья, как правило, лечились у городских и приезжих лекарей, в монастырские же больницы поступали, по большей части, только малоимущие и старики, а народ лечился у волхвов и знахарей¹.

В период татаро-монгольского нашествия и вплоть до XVII века правовое регулирование медицинской деятельности не совершенствовалось, осуществлялось фактически на уровне Древней Руси IX–XII вв.²

До конца XVII века народная медицина занимала ведущее положение на Руси. Первым государственным медицинским учреждением стал Аптекарский приказ, основанный около 1620 г. Первоначальная его цель – обеспечение медицинской помощью царя и его семьи. К середине XVII века его задачи расширились и в них стали входить: централизация государственного управления здравоохранением, организация обеспечения лекарственными средствами и выдача разрешений на право занятия медицинской деятельностью.

Централизованное финансирование лечения связывается, как и многое иное в здравоохранении, с войной. Так, оказание медицинской помощи во временных военных госпиталях на территории монастырей финансировалось за счет государства³. Для иных категорий подданных Российского государства системы государственного финансового обеспечения медицины не существовало. Эта деятельность носила частный характер, наблюдалось широкое распространение услуг городских лекарей⁴.

Во времена правления Петра I Аптекарский приказ был преобразован в Медицинскую канцелярию. Оказание медицинской помощи постепенно входило в сферу государственных интересов, однако церковная медицина по-прежнему приветствовалась⁵.

¹ См.: Сборник методических рекомендаций для преподавателя к семинарским занятиям по дисциплине «История медицины» для специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения) / Т. М. Челнокова, А. В. Шульмин, В. В. Козлов. Красноярск: КрасГМУ, 2013. С. 160.

² См.: Сальников В. П., Стеценко С. Г. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X–XVII вв.) // Журнал российского права. 2001. № 4. С. 147.

³ См.: Сорокина Т. С. История медицины: учебник. М., 2008. С. 50–51.

⁴ См.: Смирнова Е. М. Частная врачебная практика в России (XVIII – начало XX вв.) // Новый исторический вестник. 2014. № 41. С. 44.

⁵ См.: Терешонков А. А., Парфёнов В. О., Ермолаева Е. В. Аптекарский приказ: история создания и развития // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 131.

Екатерина II в ходе реформы местного самоуправления в 1775 г. преобразовала Медицинскую канцелярию в Приказ общественного призрения (губернское учреждение). Лечебные учреждения Приказов общественного призрения были предназначены, в основном, для неимущих. К данной категории относились «казенного звания люди» (арестанты, низшие чины гражданских и военных ведомств, отставные чиновники и солдаты, казенные и отпущенные на волю крестьяне, бурлаки). За оказанием бесплатной медицинской помощи могли обращаться лица, которые не имели значительных доходов. Оказание медицинской помощи служащим финансировалось соответствующими гражданскими и военными ведомствами, за счет казны медицинскую помощь получали арестанты. Лечение остальных неимущих граждан осуществлялось за счет приказа¹.

Финансовое обеспечение Приказов общественного призрения осуществлялось при формировании данного учреждения за счет государственных средств, а далее они переходили на самофинансирование. Так, Екатерина II выделяла на нужды Приказа общественного призрения при его учреждении 15 тыс. руб. Государство, в целях улучшения последующей работы Приказов общественного призрения, предоставляло им множество преференций. Данные учреждения получали финансовую самостоятельность, имели возможность приумножения капитала посредством привлечения благотворительных средств и средств частных лиц во вклады под проценты, выдачи ссуды под залог².

Постепенно складываются элементы правового регулирования финансового обеспечения здравоохранения. Деятельность Екатерины II по учреждению Приказов общественного призрения свидетельствует о том, что императрица не преследовала цель полного обеспечения здравоохранения за счет государственных средств, что связано с отсутствием государственной структуры по оказанию лечебных услуг. Однако посредством выдачи первоначального капитала для учреждения Приказа общественного призрения, императрица осуществляла стимулирование данного вида деятельности, его зарождение и распространение в целях оказания медицинской помощи широким, зачастую, социально незащищенным, слоям населения.

В силу финансовой самостоятельности приказов общественного призрения и наличия полномочий на ведение финансовой деятельности, к началу XIX века они сосредоточили в своем рас-

¹ См.: Терешонков А. А., Парфёнов В. О., Ермолаева Е. В. Указ соч. С. 7.

² См.: Смирнова Е. М. Приказы общественного призрения и здравоохранение в России (конец XVIII середина XIX вв.) // Новый исторический вестник. 2011. № 30. С. 8.

поряжении значительные финансовые средства. По данным Министерства внутренних дел, в 1814 г. собственные капиталы таких учреждений составляли 8 390 000 руб.¹ Из-за постоянного осуществления финансовой деятельности постепенно происходило совмещение финансово-кредитных и социальных функций, в силу чего в первой половине XIX века приказы общественного призрения постепенно превратились в финансово-кредитные учреждения². Видимо это направление деятельности не сказывалось положительно на лечебной функции и в 1859 г. финансовая деятельность данных учреждений законодательно была прекращена³. В целях компенсации финансовых потерь казна ежегодно выделяла на нужды приказов общественного призрения 850 000 руб.⁴ Примечательно, что большая часть расходов по оказанию медицинской помощи в больницах, находящихся под управлением приказов общественного призрения, компенсировалась сословными обществами и ведомствами, к которым принадлежали больные. К началу 1860-х годов больничные объекты приказов общественного призрения находились в упадочном состоянии в силу ветхости зданий, отсутствия оборудования, нехватки медикаментов и финансовых средств. В связи с введением в 1864 г. земских учреждений деятельность приказов общественного призрения была упразднена, их капиталы и учреждения были переданы земству⁵.

Первое страховое товарищество появилось в России в 1827 г., оно осуществляло первоначально страхование жизни и страхование от несчастных случаев.

Важные изменения в систему здравоохранения в России были внесены в 1861 г. В результате манифеста Александра II от 19 февраля 1861 г., произошла отмена крепостного права. Она повлияла на дальнейшее развитие государственного устройства системы оказания медицинской помощи, а также явилась фактором начала образования механизма обязательного медицинского страхования в России.

¹ См.: *Варадинов Н.* История Министерства Внутренних дел. Ч. II, кн. 1. СПб., 1862. С. 349.

² См.: *Соколов А. Р.* Приказы общественного призрения: история полувековой деградации // *Клио.* 2003. № 3(22). С. 133.

³ См.: Полное Собрание Законов Российской Империи: Собрание второе: [С 12.12.1825 по 28.02.1881]: [в 55 т.]. СПб.: Тип. 2-го Отд. Собств. Е. И. В. Канцелярии, 1830–1885. Т. 34. № 35287.

⁴ См.: *Мушинский К. А.* Устройство общественного призрения в России. СПб., 1862. С. 5.

⁵ См.: *Смирнова Е. М.* Указ. соч. С. 12.

По мнению О. И. Русаковой, «зарождение обязательного страхования в России связано с развитием и совершенствованием финансовых отношений, имеющих публичный перераспределительный характер»¹.

Н. А. Кричевский включает в число причин, обуславливающих появление обязательного медицинского страхования, следующие факторы: концентрацию промышленного капитала вследствие развития финансовых институтов, переход к фабричному производству, а также резкий рост рынка труда².

Думается, что причинами зарождения обязательного социального и медицинского страхования в России именно в середине XIX века является политическая и экономическая ситуация в стране на фоне общего подъема общественной жизни в период царствования Александра II, интенсивный рост производительных сил, оживление железнодорожного строительства, массовое развитие и функционирование фабрик, заводов, деятельность на которых была опасной и, зачастую, приводила к получению рабочими травм и увечий. В целях привлечения их на работу и гарантирования их социальных прав государство обязывало владельцев заводов и фабрик создавать механизм обеспечения рабочих медицинской помощью.

В это время некоторые зарубежные страны уже довольно успешно применяли механизм обязательного медицинского страхования населения. Так, в Германии действовали кассы взаимного вспомоществования «Knappschaftskassen»: фабричные, цеховые, которые были созданы рабочими в горнодобывающей промышленности³. В 1883 г. в Германской империи вступил в силу закон о медицинском страховании на время болезни, результатом действия которого стало сокращение смертности в стране и повышение благосостояния широкого слоя населения рабочих и служащих. Так, все ремесленники, рабочие и служащие, которые имели доход ниже 2 тысяч марок в год, подлежали обязательному страхованию на случай болезни⁴. Фонд касс, которые оказывали

¹ Русакова О. И., Хитрова Е. М., Абашин Н. Н., Коршунова А. А. Медицинское страхование: учебное пособие. Иркутск, 2016. С. 6.

² См.: Социальное страхование: учебник / под ред. Н. А. Кричевского. М., 2007. С. 316.

³ См.: Дамье Н. Страхование на случай болезни в Германии (донесение консула в Мемеле) // Сборник консульских донесений за 1906 г. Вып. I. СПб.: Товарищество Художественной Печати, 1906. С. 60–61.

⁴ См.: Лохова И. В. Германский закон 1883 г. О медицинском страховании и его роль в улучшении положения трудящихся // Гуманитарные и юридические исследования. 2015. № 3. С. 41.

помощь заболевшим рабочим, формировался за счет еженедельных страховых выплат рабочим, которые составляли 1,5–2 % недельной заработной платы. 1/3 часть фонда складывалась за счет выплат работодателей, а 2/3 составляли выплаты служащих и рабочих¹.

Наметилась подобная тенденция и в России. Результатом активного роста промышленности в Российском государстве в середине XIX в. стало значительное увеличение числа работников фабрик и заводов. Тяжелые условия труда стали причиной массового количества несчастных случаев на производстве и возникновения значительных денежных затрат на оплату оказания медицинской помощи рабочим. Следствием данной ситуации явилось формирование в конце XIX и начале XX веков законодательной базы, направленной на устранение последствий получения рабочими травм на производстве.

Предпринимаются попытки обязать работодателей гарантировать предоставление бесплатной медицинской помощи рабочим за свой счет, чему способствует Положение от 26 августа 1866 г. «Об устройстве при фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений»². Но даже при обеспечении контроля со стороны государства лечебные учреждения, которые открылись на крупных заводах в 70–80-е гг. XIX века, были небольшими и не обеспечивали медицинской помощью всех нуждавшихся. Общий уровень медицинской помощи, оказываемой фабрично-заводским рабочим, был неудовлетворительным.

Наряду с фабричной медициной, во второй половине XIX века развивалась система страхования ремесленников и наемных рабочих. Данная категория лиц стала источником формирования больничных касс, что свидетельствует о становлении общественных финансовых отношений медицинского страхования в России. Исследователи указывают, что «в 1882 году на VII съезде горнопромышленников был одобрен план создания вспомогательной кассы горнорабочих, средства которой составлялись из различных видов отчислений предпринимателями. В 1883 году по итогам VIII съезда горнопромышленников было направлено ходатайство министру земледелия и государственных имуществ, который утвердил 15 июля 1884 года устав Общества пособия горнорабочим Юга Рос-

¹ См.: Gesetz über die Versicherung für die Arbeitnehmer im Krankheitsfall // Reichsgesetzblatt. 1883. 21. june. P. 1–2.

² См.: Полное Собрание Законов Российской Империи: Собрание третье: [С 1.03.1881 по 1913]: [в 33 т.]. СПб.; Пг., 1885–1916. Т. IV. № 43594а/.

сии. С 1884 года по 1907 год данным обществом были выданы пособия на общую сумму 470,4 тыс. рублей»¹.

Думается, что потребность в устранении последствий получения рабочими травм и увечий на производстве выступила причиной необходимости многократного увеличения финансовых затрат на обеспечение лечения рабочих. Государство не имело системы финансового обеспечения предоставления качественной медицинской помощи широким слоям населения. В это время механизм страхования людей, осуществляющих трудовую деятельность по найму, стал рассматриваться государством как наиболее оптимальный, к тому же в данный период времени он уже активно применялся в Европе. Это и стало катализатором возникновения в России медицинского страхования, которое создавалось в виде страхования от несчастных случаев.

Стоит согласиться с мнением некоторых авторов² о том, что важным для становления механизма финансово-правового регулирования обязательного медицинского страхования является утверждение правил «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности»³ в 1903 г. С этого времени работодатель был обязан осуществлять выплаты вознаграждений в виде пособий потерпевшим или членам их семей, если происходили несчастные случаи на производстве. Для своевременного обеспечения данных выплат создавался специальный денежный фонд. Примечательно, что рассматриваемый нормативно-правовой акт принимался в условиях социально-экономического кризиса. Таким образом, результатом его принятия явилось установление обязанности осуществлять целевые расходы, вероятность которых была высока. Это обычно формирует понимание иметь необходимый для этих целей резерв и постепенное его формирование.

После революции 1905 г. решение вопросов страхования рабочих было продолжено. В 1912 г. III Государственной Думой утвер-

¹ Краткий очерк истории съездов горнопромышленников Юга России. Харьков, 1908. С. 12, 26–28.

² См.: *Качаева Т. М., Дей А. А.* Исторические аспекты становления страховой медицины // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 1. С. 99.

³ См.: Правила «О вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности (Высочайше утверждены 2-го июня 1903 года)» // Электронная библиотека Исторического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова. URL: <http://www.hist.msu.ru/ER/Etext/1903.htm>

жден закон «Об обеспечении рабочих на случай болезни»¹. Данный законодательный акт содержал положения о финансовом обеспечении предоставления рабочим врачебной помощи, а также гарантии выплаты компенсации за время болезни.

Статьи 64–82 рассматриваемого закона регламентируют источники формирования денежного фонда создаваемых больничных касс. К ним относятся: взносы участников, приплаты владельцев предприятий, доходы с имущества кассы, а также денежные взыскания в отношении участников касс. Взносы рабочих превышали приплаты владельца в 1,5 раза и составляли от 1 до 2 % от заработной платы.

По исследованиям некоторых ученых, «если учитывать, что средний заработок составлял в России в 1911 году 248 рублей, то взносы рабочих в таком случае составляли от 4 рублей 13 копеек до 8 рублей 26 копеек. Данный подход соответствовал страховому законодательству европейских стран»².

Однако механизм финансирования оказания самой медицинской помощи не был страховым. Пункт 46 рассматриваемого нормативного акта закреплял обязанность работодателя обеспечить участникам больничной кассы первоначальную врачебную помощь и амбулаторное лечение. Больничные кассы, в основном, выдавали денежные пособия по болезни.

По состоянию на 1 января 1915 г. в России осуществляли деятельность 2 167 больничных касс, количество их участников составляло более 1,7 миллионов человек³.

После Октябрьской революции в правовой регламентации отношений в сфере здравоохранения произошли существенные изменения, начался период становления государственной монополии на осуществление медицинской деятельности, обусловленный объективными причинами. По мнению Т. С. Сорокиной, борьба с масштабными эпидемиями и болезнями, охватившими страну в первые послереволюционные годы, требовала единства здравоохранения. В условиях разрухи и голода данная задача могла быть

¹ См.: Полное Собрание Законов Российской Империи: Собрание третье: [С 1.03.1881 по 1913]: [В 33 т.]. СПб.; Пг., 1885–1916. Т. XXXII. № 37446.

² *Хаконова И. Б.* Больничные кассы в структуре страхования рабочих по закону Российской империи «Об обеспечении рабочих на случай болезни» // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2013. №1 (113). С. 196.

³ См.: *Маркузон Ф. Д.* Статистика социального страхования. М., 1925. Вып. 1. С. 339–340.

осуществима только при наличии государственной системы здравоохранения¹.

30 октября 1917 г. Народным комиссариатом труда было провозглашено полное социальное страхование на основе централизации². 14 (27) ноября 1917 г. Совет Народных Комиссаров издал декрет о бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений предприятий³. По данному акту предприниматели обязаны были бесплатно передать больничной кассе все лечебные учреждения предприятий (амбулатории, больницы, родильные приюты). В случае, если лечебные учреждения, которые имелись на предприятии, не удовлетворяли нормам предоставления медицинской помощи, то предприниматели вместе с передачей такого лечебного учреждения обязаны были передать больничной кассе дополнительные финансовые средства для приведения лечебных учреждений в надлежащий вид. Предпринимателям запрещалось закрывать, сокращать или передавать кому-либо, кроме больничной кассы данные лечебные учреждения. Примечательно, что в нормативном акте не содержалось положений насчет дальнейшего финансового обеспечения лечебных учреждений.

Одним из основополагающих нормативных актов, регламентирующих финансово-правовое регулирование обязательного медицинского страхования после Октябрьской революции, является декрет «О страховании на случай болезни»⁴. Все лица на территории Российской Республики подлежали страхованию на случай болезни. В функции больничных касс включалось оказание участникам кассы, а также членам их семей всех видов врачебной помощи (предоставлялась первоначальная медицинская помощь, больничное и амбулаторное лечение, родовспоможение) и выплата денежных пособий.

Оказание врачебной помощи сопровождалось бесплатной выдачей необходимых медицинских принадлежностей и лекарственных средств.

¹ См.: *Сорокина Т.С.* История медицины: учебник: в 2 т. М., 2008. Т. 2. С. 50–51.

² См.: *Цыганова О.А., Ившин И.В.* Медицинское страхование: учеб. пособие. Архангельск, 2010. С. 30.

³ См.: Декрет о бесплатной передаче больничным кассам лечебных учреждений предприятий от 14 (27) ноября 1917 г. // Российское историческое общество. Электронная библиотека исторических документов. URL: <http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/9654-14-27-noyabrya-dekret-o-besplatnoy-peredache-bol-nichnym-kassam-lechebnyh-uchrezhdeniy-predpriyatiy#mode/inspect/page/2/zoom/4>

⁴ См.: Декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни» // СУ РСФСР. 1918. № 13, ст. 188.

Основным источником финансирования больничных касс являлись взносы работодателей (они уплачивали 10 % от заработной платы каждого участника кассы). Средства кассы формировались также за счет пожертвований, доходов имущества кассы, пеней, случайных поступлений.

В обязанности работодателя входило внесение взносов в больничную кассу в течение недели со дня выплаты работникам заработной платы. При несвоевременном исполнении данной обязанности с него также взыскивалась пеня в размере 10 % в месяц с суммы, которую необходимо было уплатить в срок.

Перечень целей, на которые расходовался денежный фонд больничной кассы, строго ограничен данным правовым актом. Среди них: оказание врачебной помощи, выдача денежных пособий, общие меры предупреждения заболеваний, управленческие расходы, участие в созыве собраний по вопросам страхования и образование запасного капитала (на реализацию данной цели должно было направляться 5 % общей суммы всех доходов кассы за год).

Однако больничные кассы имели широкие полномочия в сфере финансового обеспечения здравоохранения достаточно непродолжительное время.

В 1918 г. был издан декрет о социальном обеспечении трудящихся¹, в соответствии с которым социальное обеспечение трудящихся распространялось на получение ими медицинской помощи, которая оказывалась посредством осуществления деятельности местными подотделами социального обеспечения и охраны труда. Средства на социальное обеспечение складывались из взносов учреждений, национализированных предприятий, частных предприятий, отдельных работодателей, доходов от имущества учреждений социального обеспечения, пеней по просроченным платежам. Все средства, которые поступали на социальное обеспечение трудящихся, составляли единый Всероссийский фонд социального обеспечения. С момента издания рассматриваемого декрета все средства страховых касс передавались во Всероссийский фонд социального обеспечения.

Впоследствии Декретом Совета Народных Комиссаров от 11 июля 1918 года был создан Народный Комиссариат Здравоохранения – центральный государственный орган в сфере

¹ См.: Декрет СНК РСФСР от 31 октября 1918 г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся» // СУ РСФСР. 1918. № 89, ст. 906.

здравоохранения. Это стало причиной параллельного функционирования рабочей страховой медицины (под контролем Народного Комиссариата Труда) и государственной медицины (деятельность осуществлялась в рамках контроля Народного Комиссариата Здравоохранения). В силу того, что наличие двух параллельно функционирующих систем здравоохранения не является целесообразным Советом народных комиссаров 18 февраля 1919 г. был принят декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения»¹. Документ включал в себя положения об осуществлении перехода всей лечебной части больничных касс в ведение Народного Комиссариата Здравоохранения, а также о том, что денежные средства, которые взимаются на врачебную помощь, должны быть перечислены из Всероссийского фонда социального обеспечения Народному Комиссариату Здравоохранения. Со вступлением в силу данного правового акта была ликвидирована рабочая страховая медицина, провозглашалось существование единой общегосударственной советской медицины. Законодательство в сфере финансового обеспечения оказания медицинской помощи, в дальнейшем, развивалось в строгом соответствии с директивами и постановлениями съездов Советов и правительства. Существовала государственная система финансового обеспечения здравоохранения.

Частичное возвращение к финансовому обеспечению здравоохранения за счет средств фондов страхования произошло в 1921–1929 гг. в период реализации новой экономической политики (далее – НЭП). Так, Кодекс законов о труде РСФСР 1922 года² предусматривал социальное страхование для всех лиц наемного труда. Одной из составных частей социального страхования являлось оказание медицинской помощи. Страховые взносы устанавливались в процентном отношении к заработной плате. Размер страховых взносов устанавливался особыми постановлениями Совета Народных Комиссаров в зависимости от степени опасности и вредности предприятия.

22 февраля 1924 года Народным Комиссариатом Здравоохранения совместно с Народным Комиссариатом Труда утверждено Положение «О порядке организации медицинской помощи застра-

¹ См.: СУ РСФСР. 1919. № 6, ст. 62.

² См.: Постановление ВЦИК от 9 ноября 1922 г. «О введении в действие Кодекса Законов о Труде Р.С.Ф.С.Р. изд. 1922 г.» (вместе с «Кодексом Законов о Труде Р.С.Ф.С.Р.») // СУ РСФСР. 1922. № 70, ст. 903.

хованным и членам их семейств и расходовании средств, предназначенных на означенные цели»¹. В нем было прописано, что медицинская помощь оказывается застрахованным лицам органами здравоохранения. Помимо предоставления медицинской помощи смета оказания медицинской помощи предусматривала снабжение больных бесплатными лекарственными средствами, медицинскими принадлежностями. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, происходило не только за счет средств социального страхования, но также и средствами государственного и местных бюджетов. Однако средства страхования не являлись основным источником финансирования. Необходимо отметить, что они рассматриваются в данном Положении как дополнение к финансовым ресурсам государственного и местных бюджетов, предусмотренных на финансирование оказания медицинской помощи застрахованным.

Начиная с 1929 года СССР следовал по пути централизации управления народным хозяйством государства, в связи с чем финансовое обеспечение здравоохранения опять стало осуществляться только за счет бюджетных средств.

По мнению Ю. П. Лисицына, формирование системы государственного здравоохранения и финансирование медицинской помощи только из средств бюджетов не способствовало построению качественной системы советской медицины. При переходе страны на форсированную коллективизацию и индустриализацию социальная политика отодвигалась на второй план, а вместе с ней и система здравоохранения, финансирование которой осуществлялось «по остаточному принципу»².

Необходимо отметить, что 5 декабря 1936 года была принята Конституция СССР³, впервые закрепляющая наличие у граждан права на бесплатную медицинскую помощь. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи осуществлялось за счет бюджетных средств.

¹ См.: Постановление Народного Комиссариата Здравоохранения совместно с Народным Комиссариатом Труда от 22 февраля 1924 г. «Положение о порядке организации медицинской помощи застрахованным и членам их семейств и расходовании средств, предназначенных на означенные цели». // Электронная библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик. URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_1966.htm

² См.: Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2-е изд. М., 2010. С. 66.

³ См.: Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик (утв. постановлением Чрезвычайного VIII Съезда Советов СССР от 5 декабря 1936 г.) // Известия ЦИК СССР и ВЦИК. 1936. № 283. 6 дек.

В рамках советской идеологии экономическая сущность государственного страхования раскрывалась на основе аспектов марксистско-ленинского учения о значении страхового фонда в развитии общественного производства. Возможность экономического преодоления влияния природных сил на процесс производства материальных благ появилась только после создания страхового фонда человеком¹.

По мнению К. Маркса, страховой фонд является единственной частью прибавочной стоимости, которая должна будет существовать и по уничтожении капиталистического способа производства². Следовательно, объективная необходимость в создании и функционировании страхового фонда прослеживается и при социалистическом способе производства. Для дальнейшего развития производства из страхового фонда выделяется резервный или страховой фонд для страхования, например, от несчастных случаев. К. Маркс подчеркивал, что страховой фонд является единственной частью дохода, не потребляющейся как доход и не служащей обязательно фондом накопления. Зависит от случая, служит ли он фактически фондом накопления или лишь покрывает пробелы воспроизводства³.

Страховые фонды в СССР создавались в различных формах: в виде общегосударственных страховых резервов, образующихся в централизованном порядке; за счет накопления средств в самих хозяйствах (децентрализованные страховые фонды); из страховых взносов, которые уплачиваются страхователями (метод страхования).

Государственное страхование в СССР выступало в качестве важной составной части социалистических финансов. Оно было подчинено общим задачам распределения и использования национального дохода в интересах развития общественного производства и удовлетворения потребностей общества⁴. Однако для финансового обеспечения медицинской деятельности этот инструмент в СССР не применялся. Государственное страхование существовало как институт обеспечения публичных и частных интересов, но не развивалось в отношении финансового обеспечения здравоохранения.

¹ См.: Финансы и кредит СССР: учебник / Л. А. Дробозина, Д. А. Аллахвердян, В. В. Деменцев и др. М.: Финансы и статистика, 1982. С. 313.

² См.: Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 25, ч. II. С. 416.

³ См.: Маркс К., Энгельс Ф. Указ. соч. С. 416.

⁴ См.: Финансы и кредит СССР: учебник / Л. А. Дробозина, Д. А. Аллахвердян, В. В. Деменцев и др. М.: Финансы и статистика, 1982. С. 316–317.

На основе вышеизложенного можно сделать вывод, что в СССР страхование носило публичный характер и способствовало выполнению государством социальных функций.

19 декабря 1969 года был принят первый отдельный законодательный акт, детально регламентирующий систему здравоохранения: Закон СССР «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении»¹. Данный нормативный акт предусматривал, что право каждого гражданина Союза Советских Социалистических Республик на охрану здоровья реализуется посредством предоставления бесплатной квалифицированной медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения. Нормативно-правовой акт не содержал положений о финансовом обеспечении системы здравоохранения СССР. Примечательно, что за 1961–1965 гг. из государственного бюджета СССР на здравоохранение было затрачено 27 298,4 млн руб., что составляло 6,2 % от общего количества расходов государственного бюджета СССР, а в период с 1966 по 1970 гг. – 40 202,0 млн руб., что составляло 6,3 % от общего количества расходов государственного бюджета СССР².

Дальнейшее развитие законодательной базы в сфере здравоохранения, до распада Советского союза, формировалось посредством принятия множества подзаконных нормативно-правовых актов, регулирующих различные вопросы³.

В начале 90-х годов XX века введение обязательного медицинского страхования в нашей стране представлялось специалистам рискованным, но необходимым шагом для успешного функционирования системы здравоохранения в условиях отказа от плановой экономики. Причинами его введения стали: изменение форм собственности, развитие бизнеса и появление предпринимателей, ак-

¹ См.: Закон СССР от 19 декабря 1969 г. № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» // Ведомости ВС СССР. 1969. № 52, ст. 466.

² См.: Государственный бюджет СССР и бюджеты союзных республик 1966–1970 гг. Статистический сборник. М., 1972. С. 29.

³ См., например: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 1 июня 1970 г. № 5215-7 «О порядке введения в действие Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» // Ведомости ВС СССР. 1970. № 23, ст. 192; Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1971 г. № 1364-8 «Об утверждении текста присяги врача Советского Союза и Положения о порядке принесения присяги» // Ведомости ВС СССР. 1971. № 13, ст. 145; Указ Президиума Верховного Совета СССР от 25 августа 1987 г. № 7612-11 «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД» // Ведомости ВС СССР. 1987. № 34, ст. 560; Указ Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. № 8282-11 «Об утверждении Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи» // Ведомости ВС СССР. 1988. № 2, ст. 19.

тивно использующих наемный труд, нехватка бюджетных средств и нежелание обеспечивать лечение людей, которые не работают теперь на государство. Переход именно к страховой модели финансирования здравоохранения стал доминирующей идеей в 1990-х годах. С ней связывали надежды на улучшение финансового положения здравоохранения¹. Помимо внедрения обязательных видов социального страхования начала развиваться и система личного страхования, в том числе и страхования здоровья в рамках добровольного медицинского страхования на коммерческой основе.

28 июня 1991 года был принят закон РФ № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее – закон РФ № 1499-1)², ставивший в качестве главной цели обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Медицинское страхование представляло собой одну из форм социальной защиты интересов населения. Финансовое обеспечение системы здравоохранения предусматривалось за счет: средств республиканского бюджета, бюджетов республик в составе Российской Федерации, бюджетов местных Советов народных депутатов; личных финансовых средств граждан; доходов от ценных бумаг; средств государственных и общественных организаций, предприятий; безвозмездных взносов; кредитов; иных источников.

Данные источники в совокупности формировали финансовые ресурсы системы обязательного медицинского страхования, государственной системы здравоохранения, а также муниципальной системы здравоохранения. Эта нормативная основа формировала многоканальную систему финансирования оказания медицинской помощи. Плюсом многоканальной системы финансового обеспечения здравоохранения является направление большого количества финансовых ресурсов из бюджетов разных уровней и средств ОМС. В числе минусов многоканальной системы финансирования здравоохранения отмечают неэффективность и непрозрачность денежных потоков³. Формирование средств ОМС осуществлялось за счет отчислений страхователей (для неработающего населения ими являлись органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления; для работающего населе-

¹ См.: Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницкой, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. С. 396.

² См.: Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27, ст. 920.

³ См.: *Степкина Ю. А.* Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина. 2012. № 1. С. 141.

ния – организации, адвокаты, нотариусы, физические лица, которые имеют статус индивидуальных предпринимателей).

В первоначальной редакции закона РФ № 1499-1 отсутствовали положения о создании единой системы организаций, собирающих, аккумулирующих и перераспределяющих финансовые средства ОМС. Согласно статье 12 фонды формировались в каждой страховой медицинской организации и за счет страховых взносов, то есть децентрализовано. Они предназначались для обеспечения страховой медицинской организацией оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

Однако уже на стадии введения системы ОМС стало ясно, что такие децентрализованные фонды не смогут гарантировать оказание бесплатной медицинской помощи всем застрахованным на одинаково высоком уровне. Неравные финансовые условия страховых медицинских организаций впоследствии могли привести к дискриминации застрахованных по признаку проживания. В целях устранения такой перспективы модель ОМС в Российской Федерации была скорректирована.

Изменения¹, внесенные в закон РФ № 1499-1 в 1993 г., предусматривали создание сети государственных социальных внебюджетных фондов – Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства этих фондов не входили в состав бюджетов, не подлежали изъятию и являлись государственной собственностью Российской Федерации. Эти положения остаются неизменными и в настоящее время.

Система ОМС начала функционировать с 1 января 1993 г. Однако к концу 2000-х годов выявился пробел, связанный с отсутствием нормативов размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан, отчисления за которых производили органы государственной власти субъектов Российской Федерации. В результате возникли большие различия в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи в различных субъектах РФ, что в конечном итоге отражалось на качестве и количестве оказанных медицинских услуг.

29 ноября 2010 г. был принят федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Фе-

¹ См.: Закон Российской Федерации от 2 апреля 1993 г. № 4741-1 «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» // Ведомости СНД РФ и ВС РФ. 1993. № 17, ст. 602.

дерации»¹, который сменил Закон РФ № 1499-1. Новым законом определены правовые основы, принципы, субъектный состав системы ОМС, правовое положение ФОМС и ТФОМС, система контроля за предоставлением медицинской помощи и меры воздействия на нарушителей порядка оказания медицинской помощи, а также механизм финансового обеспечения ОМС.

Наиболее важными изменениями в системе финансирования здравоохранения, в соответствии с вышеуказанным законом, являлись: переход на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи преимущественно из средств ОМС, включение в систему ОМС частных медицинских организаций, а также установление оплаты медицинской помощи по тарифу, который включил все расходные статьи, кроме расходов на приобретение дорогостоящего оборудования (свыше 100 тыс. руб. за 1 единицу) и капитальных вложений. Предусматривалось, что тариф на оплату медицинской помощи является единым для всех страховых медицинских организаций, которые производят оплату медицинской помощи, оказанной в одной и той же медицинской организации. Он должен устанавливаться посредством заключения соглашения между ТФОМС, уполномоченным государственным органом субъекта РФ, представителями страховых и медицинских организаций.

Законом были заложены более рациональные подходы к оказанию медицинской помощи, а также новые принципы в сфере финансового обеспечения системы здравоохранения в РФ², однако их функционирование и развитие возможно при условии недопущения сокращения расходов на здравоохранение со стороны государства³.

Переход на финансовое обеспечение здравоохранения преимущественно из средств ОМС осуществлялся посредством нормативного закрепления полного тарифа оплаты оказанной медицинской помощи. В соответствии с ранее действующим законодательством, за счет средств ОМС обеспечивались расходы на заработную плату

¹ См.: СЗ РФ. 2010. № 49, ст. 6422; 2022. № 52, ст. 9349.

² См.: *Хаджалова Х. М.* Институциональные основы регулирования качества жизни в регионах // Региональные проблемы преобразования экономики. 2013. № 4. С. 291.

³ См.: *Гриценко В. В.* К вопросу о приоритетах государственной политики в сфере охраны здоровья в условиях изменения механизмов финансирования в российском здравоохранении // Право и государство в современном мире: состояние, проблемы, тенденции развития: матер. междунар. науч.-теорет. конф. – III Международные «Мальцевские чтения» – памяти заслуж. деятеля науки РФ, чл.-корр. РАН, д-ра юрид. наук, проф. Мальцева Геннадия Васильевича (21-22 апреля 2016 г.). Белгород: ГиК, 2016. С. 38.

и начисления на нее, расходы на приобретение продуктов питания, мягкого инвентаря, медикаментов. Федеральный закон № 326-ФЗ предусматривает в структуре тарифа ОМС, помимо вышеуказанных расходных статей, также финансовое обеспечение приобретения медицинского инструментария, расходных материалов, иных материальных запасов, химикатов и реактивов, осуществление расходов на оплату различных услуг, инструментальных и лабораторных исследований, проводящихся в других учреждениях (в случае, если диагностическое оборудование или лаборатория отсутствуют в медицинской организации), а также на приобретение оборудования, которое стоит не более 100 тыс. руб. за единицу. Наиболее существенным новшеством в составе финансового обеспечения системы здравоохранения за счет средств обязательного медицинского страхования стала оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной скорой помощи).

Переход на преимущественную оплату оказания медицинской помощи за счет средств ОМС происходил в несколько этапов. Так, с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2021 г. в тариф на оплату медицинской помощи в базовой части программы ОМС включались расходы, которые были заложены в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий), территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС) могла включать оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях, не включенных в базовую программу, однако при условии сохранения объема финансового обеспечения территориальной программы ОМС не ниже уровня 2010 г.

В первоначальной редакции федерального закона № 326-ФЗ указывалось, что финансовое обеспечение предоставления скорой медицинской помощи (кроме санитарно-авиационной) с 1 января 2013 г. должно осуществляться за счет средств ОМС. Финансирование высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) за счет средств ОМС предусматривалось с 1 января 2015 г. Однако впоследствии данные нормы были изменены. Так, федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ¹ закреплялось финанси-

¹ См.: Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 21 декабря 2021 г.) // СЗ РФ. 2013. № 48, ст. 6165; 2021. № 52, ч. 1, ст. 8973.

вание скорой медицинской помощи в 2014 г. (за исключением санитарно-авиационной скорой медицинской помощи) за счет межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ в бюджеты территориальных фондов ОМС. ВМП была включена в базовую программу ОМС федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 418-ФЗ¹. Но в 2015 г. финансовое обеспечение ее оказания осуществлялось не только за счет средств ОМС, но и за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации². При этом средства федерального бюджета на данные цели были получены посредством предоставления межбюджетного трансферта из бюджета ФОМС федеральному бюджету, то есть фактически за счет средств ОМС в размере до 77 100 000,0 тыс. руб.³ Были также предоставлены субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации из бюджета ФОМС в размере, не превышающем 5 000 000,0 тыс. руб.⁴

В настоящее время модель финансового обеспечения здравоохранения в России является смешанной. Преобладает страховой механизм финансирования, основным источником оплаты оказания медицинской помощи являются средства системы обязательного медицинского страхования, но финансовое обеспечение осуществляется также за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Действующая модель финансового обеспечения здравоохранения в России не является совершенной. Наблюдаются проблемы эффективности функционирования механизма системы финансового обеспечения здравоохранения. Так, по результатам аудита системы здравоохранения Счетной палатой Российской Федерации в 2021 году было отмечено, что необходимо увеличивать уровень обеспеченности потребности в финансовых ресурсах на оплату сверхплановых объемов медпомощи и улучшать организацию фи-

¹ См.: Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г. № 472-ФЗ) // СЗ РФ. 2014. № 49, ч. 6, ст. 6927; 2017. № 1, ч. 1, ст. 13.

² См.: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 24 июля 2023 г.) // СЗ РФ. 2011. № 48, ст. 6724; 2023. № 31, ч. 3, ст. 5812.

³ См.: Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (с изм. и доп. от 20 апреля 2015 г. № 94-ФЗ) // СЗ РФ. 2014. № 49, ч. 6, ст. 6896.

⁴ См.: Там же.

нансирования в системе ОМС в целом. В ряде субъектов Российской Федерации неоплаченные объемы медицинской помощи, оказанной сверх плана, достигают 13–18 % от утвержденных значений. Отмечается также несовершенство действующей методики распределения субвенций и недостаточная эффективность действующих механизмов защиты застрахованных лиц¹.

Таким образом, существование системы ОМС в нашей стране естественным образом зависело от политического строя, экономики и способов осуществления социальных обязательств государства перед обществом, выбираемых им как наиболее приемлемые в сложившихся условиях. Даже на современном этапе развития ОМС в Российской Федерации очевидно отсутствие четкой концепции государственной политики относительно механизма обеспечения прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи и ее финансирования.

Анализируя историю развития ОМС в нашей стране, исследователи обычно выделяют несколько этапов с разной степенью детализации. Обобщая их подходы можно выделить следующие основные периоды:

1) с XI века до 1861 года. Для первого этапа характерно формирование преимущественной роли государства в процессе организации социального обеспечения, отсутствие страхования, наличие большого количества источников финансового обеспечения медицинской помощи²;

2) с 1861 по 1917 год. Данный этап определяет становление общественных финансовых отношений медицинского страхования в России вследствие образования системы страхования рабочих³;

3) с 1917 года по 1991 год. Для данного этапа характерно существование единой общегосударственной советской медицины, государственный механизм финансирования здравоохранения⁴;

¹ См.: Отчет о работе Счетной палаты Российской Федерации в 2021 году // Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/2f7/rkqs3l6w9j487tqfztvv30v4axyd8kb8.pdf>

² См.: Социальное страхование: учебник / Н. А. Кричевский, А. К. Соловьев, И. Ю. Маркушина, А. А. Гудков; под ред. Н. А. Кричевского. М., 2007. С. 136–156.

³ См.: Антонова Н. Л. Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Екатеринбург, 2012. С. 19–21; Социальное страхование: учебник / под ред. Н. А. Кричевского. Указ. соч. С. 138; Русакова О. И., Хитрова Е. М., Абашин Н. Н., Коршунова А. А. Указ. соч. С. 8.

⁴ См.: Антонова Н. Л. Указ. соч. С. 20; Социальное страхование: учебник / под ред. Н. А. Кричевского. Указ. соч. С. 139.

4) 1991 год – настоящее время. Данный период характеризуется переходом к преимущественному финансовому обеспечению оказания медицинской помощи за счет денежных средств обязательного медицинского страхования, который на данный момент не завершен. Фактически действует двухканальная система финансирования.

Каждому историческому этапу развития финансово-правового регулирования системы ОМС в России присущи свои черты и особенности, не всегда понятные с точки зрения современной науки финансового права. Данная ситуация объясняется различиями в исторических эпохах и ценностных ориентирах российского общества в то или иное время. Это обуславливает важность научного обращения к истокам правового регулирования финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования. Проведенный анализ исторического развития финансово-правового регулирования системы ОМС позволяет констатировать, что социальное обеспечение как важнейшее государственное обязательство должно осуществляться посредством доступных государству механизмов: распределительного или страхового финансирования. История показывает, что в разные периоды государство использовало либо один из вышеуказанных механизмов, либо оба.

1.2. СИСТЕМНОСТЬ ФИНАНСОВО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.2.1. Система финансово-правового регулирования ОМС

В рамках исследования финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС представляется важной систематизация этого блока правового регулирования, складывающегося из большого числа нормативных правовых актов, издаваемых различными уполномоченными органами.

Финансово-правовое регулирование как научное понятие рассматривается по-разному¹. Его определяют как воздействие

¹ См. подробнее о финансово-правовом регулировании, например: *Соколова Э. Д.* К вопросу о совершенствовании финансово-правового регулирования бюджетной системы России в современных условиях ее развития // Бюджетная система государства в условиях развития цифровой экономики: правовые и экономические аспекты: матер. междунар. науч.-практ. конф. М., 2020. С. 18–26; *Комягин Д. Л.* К вопросу о публичных доходах: проблемы правового регулирования и пути их разрешения // Финансовое право. 2018. № 11. С. 21; *Горбунова О. Н.* О Михаиле Ивановиче Пискотине и его книге «Советское бюджетное право» // Финансовое право. 2016.

на отношения, которые возникают в процессе финансовой деятельности государства, с помощью метода властных предписаний и позитивных обязываний¹, либо всякое государственное властное воздействие на общественные отношения, которые возникают по поводу формирования и использования фондов денежных средств в совокупности составляющих финансовую систему². Однако государственное властное воздействие характерно не только для финансово-правового регулирования, но также и для административно-правового регулирования отношений.

При формировании авторской позиции следует учесть ряд характеристик финансово-правового регулирования, отмеченных в научной литературе. Так, представляется возможным согласиться с мнением Е. М. Ашмариной³ в том, что финансово-правовое регулирование не может быть шире содержания финансового права. Однако при этом следует принять во внимание, что финансовая деятельность имеет комплексное правовое регулирование.

Особенность финансово-правового регулирования состоит в его зависимости от субъективной позиции законодателя, что предполагает волевою деятельность, реализующуюся исключительно в правовой форме, поэтому стержневой посылкой анализа сферы финансово-правового регулирования должна выступать направленность каких-либо правовых норм на обеспечение создания или же использования государственных фондов денежных средств⁴.

Социальное обеспечение выступает в качестве признанной государственной функции и проблемной сферы деятельности. Проблемы заключаются в растущем использовании и потреблении социальных услуг, нехватке финансовых средств государства для обеспечения населения данными услугами, низком качестве оказываемых услуг. Все это повышает требования к эффективности реализации данной функции, следовательно, формируются требования как к политическим аспектам социального обеспечения

№ 8. С. 18–22; *Ручкина Г. Ф.* Финансовый уполномоченный в Российской Федерации: некоторые проблемы правового регулирования деятельности // *Банковское право.* 2019. № 5. С. 7–14; *Шевелева Н. А.* Изменения в системе отношений дотирования субъектов РФ // *Финансовое право.* 2019. № 1. С. 12–18.

¹ См.: *Рукавишникова И. В.* Метод финансового права / отв. ред. Н. И. Химичева. 3-е изд. М., 2011. С. 205–206.

² См.: *Шохин С. О., Ситник А. А., Артемов Н. М.* Финансово-правовое регулирование внешнеэкономической деятельности. М.: Проспект, 2018. С. 10.

³ См.: *Ашмарина Е. М.* К вопросу об объеме финансово-правового регулирования // *Вестник Университета имени О. Е. Кутафина.* 2014. № 4. С. 80–81.

⁴ См.: *Запольский С. В.* Теория финансового права: Научные очерки. М.: РАП, 2010. С. 22.

(например, к тому, какой вариант механизма финансового обеспечения необходимо выбрать), так и к его правовому регулированию.

Финансово-правовое регулирование ОМС складывается из нормативного регулирования отношений по: планомерному формированию и распределению финансовых ресурсов ОМС между субъектами ОМС; предоставлению и использованию финансовых ресурсов ОМС субъектами ОМС; контролю за распределением и использованием средств ОМС уполномоченными органами; применению мер ответственности за нарушение их использования.

На этой основе финансово-правовое регулирование обязательного медицинского страхования можно рассматривать как нормативно-правовое регулирование отношений в сфере формирования, распределения, использования и контроля за использованием финансовых ресурсов ОМС в целях обеспечения непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи надлежащего качества и объема.

Содержание нормативных актов, регламентирующих отношения в сфере финансового обеспечения какой-либо деятельности всегда должно иметь системный характер, формируя их взаимосвязь между собой и внутреннюю согласованность содержания.

По мнению некоторых авторов, система представляет собой набор объектов¹, множество элементов², комплекс компонентов³. Представляется возможным согласиться с определением А. М. Леонова, который утверждает, что система является совокупностью объектов, обладающих некоторой структурой, определяемой положением взаимодействующих через связи элементов⁴.

В свою очередь, системность представляется одним авторам как одна из важнейших характеристик современного научного знания⁵, другим как самореферентность и рекурсивность, которые составляют необходимые свойства комплексных социальных явлений⁶. Некоторые авторы утверждают, что это – связанность элементов нормативно-правового множества для того, чтобы можно было

¹ См.: Основы общей теории систем. СПб.: ВАС, 1992. Ч. 1. С. 56.

² См.: Кларк Д. Системология. М.: Радио и связь, 1973. С. 190.

³ См.: Анохин П. К. Избранные труды: философские аспекты теории систем. М.: Наука, 1978. С. 122.

⁴ См.: Леонов А. М. Теория систем в свете науки о сложности // Природные ресурсы Арктики и Субарктики. 2005. № 1. С. 47.

⁵ См.: Толпыкин В. Е. Системность как методологический принцип современной постнеклассической науки // Теория и практика общественного развития. 2011. № 7. С. 27.

⁶ См.: Луман Н. Общество как социальная система. М., 2004. С. 8.

сказать, что они принадлежат к одному правопорядку¹. Другие авторы определяют системность права как характерную особенность права².

Представляется, что системность в финансово-правовом регулировании отражает связанность содержания комплекса нормативных правовых актов, регламентирующих определенный круг вопросов в целях обеспечения реализации единой цели. Такая связанность как задача на этапе формирования правового регулирования и последующее ее поддержание позволяют осуществлять всеобъемлющее и непротиворечивое правовое регулирование общественных отношений. Необходимо отличать систему источников финансово-правового регулирования от системности его содержания. Так, система источников финансово-правового регулирования представляется как комплекс нормативных правовых актов, содержание которых обеспечивает реализацию единой цели. А системность заключается в их связанности единым содержанием.

А. Г. Гузнов раскрывает финансово-правовое регулирование через цели, задачи, принципы, которые лежат в основе правового регулирования определенного явления³. Существует и другой подход, когда финансово-правовое регулирование раскрывается через правовую основу, понятийный аппарат, элементы⁴. Безусловно, финансово-правовое регулирование не может быть в полной мере раскрыто через перечисленные составляющие. Однако представляется, что такие параметры, как цель, задачи, принципы, могут выступать базовыми для формирования единой направленности финансово-правового регулирования, имеющего составной характер.

Думается, что сущность финансово-правового регулирования⁵ какой-либо деятельности, в том числе и обязательного медицинского страхования, раскрывается в целях и принципах этой деятельности, которые должны быть отражены соответствующим образом в источниках правового регулирования. Независимо от количества источников в данном случае возможно обеспечить

¹ См.: Антонов М. В. О системности права и «системных» понятиях в правоведе-нии. Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2014. № 1. С. 30.

² См.: Элементарные начала общей теории права / под ред. В. И. Червонюка. М., 2003. С. 163–164.

³ См.: Гузнов А. Г. Финансово-правовое регулирование финансового рынка в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук М, 2016. С. 25.

⁴ См.: Набирушкина И. С. Финансово-правовое регулирование уплаты и взимания таможенных платежей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2014. С. 16–17.

⁵ О сущности финансового права см., например: Грачева Е. Ю. К вопросу о сущности финансового права. Вестник Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА). 2020. № 9 (73). С. 26–32.

последовательное, определенное единой целью и единой системой принципов, то есть системное, правовое регулирование.

Общелексическое значение слова «цель» определяется как «представляемое, а также желаемое будущее событие или состояние, представление результата совершаемого нами действия»¹. Юридической наукой цель понимается в таком же контексте – как «идеальное представление результатов определённой деятельности»². Цель не входит в свойства внутреннего содержания правового средства, являясь тем будущим событием или состоянием, которое наступает в результате реализации функции. Некоторые авторы полагают, что «факт того, что правовое средство применяется в большом количестве обстоятельств к неограниченному числу субъектов определяет отсутствие в гарантии достижения целей в каждом случае реализации функции (определённую вероятность результата действия правового средства). Данная вероятность и обуславливает возможность установления его эффективности как соотношения между фактическим результатом их действий и социальными целями, для достижения которых принимались эти нормы»³.

Финансово-правовое регулирование ОМС не может быть отделено от самого медицинского страхования. Поэтому цель данного вида правового регулирования напрямую необходимо связывать с этим видом социального страхования, которое, в соответствии с федеральным законом № 326-ФЗ как создаваемая государством система мер, направлено на обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи⁴.

В литературе существуют и другие подходы. Так, целью ОМС обозначается «аккумуляция и капитализация страховых взносов, а также предоставление медицинской помощи всем гражданам за счет средств обязательного медицинского страхования в размерах и на условиях, установленных законодательством»⁵, либо гарантирование получения гражданами медицинской помощи за счет аккумулированных денежных средств при наступлении

¹ Философский энциклопедический словарь. М., 2002. С. 506.

² Шиндяпина М. Д. Стадии юридической ответственности: дис. ... канд. юрид. наук. М., 1996. С. 23.

³ См.: Кудрявцев В. Н., Никитинский В. И., Самощенко И. С., Глазырин В. В. Эффективность правовых норм. М., 1980. С. 22. Цит. по: Разгильдиева М. Б. Теория финансово-правового принуждения и сферы его применения: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2011. С. 319.

⁴ Статья 3 Федерального закона № 326-ФЗ.

⁵ Русакова О. И., Хитрова Е. М., Абашин Н. Н., Коршунова А. А. Указ. соч. С. 20.

страхового риска, а также финансовое обеспечение профилактических мер¹. Не в полной мере можно согласиться с представленными суждениями. Необходимо отметить, что аккумулирование денежных фондов является важным не само по себе, а выступает в качестве средства достижения задач более высокого уровня в системе финансового обеспечения ОМС.

Представляется, что целью финансово-правового регулирования выступают параметры самой деятельности, которая финансируется. Они не являются абсолютными в силу наличия объективных факторов, которые могут не позволять достичь поставленных целей. Цель финансово-правового регулирования напрямую может быть увязана с целями той деятельности, которая будет финансироваться, так как впоследствии происходит проверка режима использования этих финансовых ресурсов по критериям достижения исходной цели данной деятельности. В связи с тем, что ОМС направлено на обеспечение гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи за счет финансовых ресурсов данной системы, представляется возможным формирование цели финансово-правового регулирования ОМС исходя из обеспечения конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Думается, что целью финансово-правового регулирования в сфере обязательного медицинского страхования является обеспечение денежными ресурсами непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи достаточного объема и качества.

Для формирования системности финансово-правового регулирования необходимо, чтобы цели и принципы рассматриваемой деятельности были отражены в источниках ее правового регулирования. В основе комплекса источников финансово-правового регулирования ОМС лежит совокупность источников российского права с учетом особенностей источников финансового права, то есть правовых актов представительных или исполнительных органов государственной власти, местного самоуправления, которые содержат нормы финансового права². Особенностью источников финансового права России является трехуровневый состав, который обусловлен федеративным устройством государства. Си-

¹ См.: Землячева О. А., Мерзликина Ю. В. Обязательное и медицинское страхование в России // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. 2015. № 2 (31). С. 69.

² Химичева Н. И. Российское финансовое право на современном этапе // Ленинградский юридический журнал. 2013. № 3 (33). С. 12.

стема источников финансово-правового регулирования ОМС имеет двухуровневую систему (федеральный уровень и региональный уровень). Это обусловливается тем, что государственные социальные внебюджетные фонды не могут создаваться и использоваться органами местного самоуправления. Медицина не отнесена к вопросам местного значения, а муниципальная система здравоохранения может функционировать исключительно на основе переданных полномочий субъектов Российской Федерации.

Первостепенным источником финансово-правового регулирования ОМС выступает Конституция Российской Федерации. Она определяет социальную направленность ОМС, а также основы законодательного регулирования деятельности государственных социальных внебюджетных фондов и их финансово-правового статуса¹; формирует идеологическую основу здравоохранительного законодательства²; закрепляет права и законные интересы граждан в области охраны здоровья³.

Статья 7 Конституции РФ закрепляет статус Российской Федерации в качестве социального государства, что подтверждается установлением гарантий социальной защиты населения и является одной из новелл современной Конституции⁴.

Согласно мнению В. Ф. Яковлева, из конституционного положения о социальном характере России прямо вытекает необходимость сочетания публичного и частного правового регулирования⁵, что нашло отражение в финансово-правовом регулировании. Денежные фонды, опосредующие финансовые отношения, могут быть публичными или частными, что влечет различия в правовом регулировании отношений, связанных с ними⁶, а также их соче-

¹ См.: *Бит-Шабо И. В.* Концептуальные проблемы финансово-правового регулирования деятельности государственных социальных внебюджетных фондов: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2015. С. 71.

² См.: *Блинов А. Г.* Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2014. С. 107.

³ См.: *Писарева Е. Г.* Актуальные вопросы финансово-правового положения медицинских учреждений // Пробелы в российском законодательстве. 2009. № 3. С. 228.

⁴ Социальная ориентированность государства может проявляться, например, в социальной направленности федерального бюджета. См.: *Гриценко В. В.* Ценность налогово-правовых концепций Н. И. Химичевой для развития современного налогового права // Вестник СГУОА. 2019. № 1 (126). С. 199.

⁵ См.: *Яковлев В. Ф.* Правовое государство: вопросы формирования. М., 2012. С. 245.

⁶ См.: *Гриценко В. В., Мазурин В. В.* Влияние цифровой экономики на правовое регулирование финансов: частноправовой аспект // Алтайский юридический вестник. 2019. № 2 (26). С. 131.

тание. В сфере ОМС сочетание публичного и частного правового регулирования проявляется не только в функционировании государственной и частной систем здравоохранения, но и широком использовании договорной конструкции в рамках, по сути, публичных отношений.

Данные отношения непосредственно связаны с реализацией публичной роли государства в обеспечении конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. ОМС выполняет, в первую очередь, общественно значимые функции и, зачастую, является единственным механизмом осуществления права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Публичность этих отношений проявляется и в специальных требованиях к финансовой стабильности страховых медицинских организаций, обеспечивающих публичную функцию контроля объемов и качества медицинской помощи застрахованным лицам.

Охрана здоровья граждан – важная составляющая социальной политики государства, которая необходима России не только с гуманистической, но также и с прагматической позиции. Плохое здоровье нации усиливает финансовую нагрузку по обеспечению медицинских учреждений и иных социальных выплат¹. В данном контексте представляется необходимым развитие профилактических медицинских услуг, предоставляемых за счет финансовых ресурсов ОМС.

Некоторые авторы отмечают, что именно система ОМС в настоящее время может рассматриваться в качестве единственного возможного пути реализации ст. 41 Конституции РФ². Однако необходимо отметить, что система ОМС не является единственным источником обеспечения реализации права на охрану здоровья граждан, которое также осуществляется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, но правового регулирования о соотношении бюджетного и страхового механизма финансирования в настоящее время не сформировано.

Статья 72 Конституции РФ определяет, что координация вопросов здравоохранения относится к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов. При этом вопросы финансового регу-

¹ См.: *Беликов Е. Г.* Проблемы финансово-правового обеспечения развития Российской Федерации как социального государства: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2016. С. 82.

² См.: *Организация обязательного медицинского страхования в современных условиях: учеб. пособие для студентов / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева, С. В. Макаров, Н. Н. Абашин.* Иркутск, 2016. С. 53.

лирования находятся в ведении Российской Федерации (статья 71 Конституции РФ). Несмотря на то, что положения Конституции не содержат указаний на конкретные сферы, финансовое регулирование которых осуществляется непосредственно Российской Федерацией, из сложившейся нормативно-правовой базы можно сделать вывод о том, что вопросы финансово-правового регулирования системы ОМС являются предметом ведения Российской Федерации¹.

Дискуссионным является вопрос отнесения международно-правовых актов к источникам финансового права Российской Федерации. Некоторые авторы высказывают мнение о том, что источниками финансового права являются только правовые акты представительных и исполнительных органов государственной власти и местного самоуправления, содержащие нормы финансового права², однако обычно нормативные договоры (международные договоры) включаются в систему источников финансового права (Н. М. Казанцев³, М. В. Карасева⁴, И. В. Рукавишникова⁵, О. А. Дмитрик⁶).

Отнесение нормативных договоров к источникам финансового права не вызывает сомнения в условиях увеличения степени мобильности финансовых правоотношений. Наглядной иллюстрацией является зарубежная территория города Байконур, обладающая финансово-правовым статусом российского публично-правового образования. Город Байконур функционирует в условиях аренды Российской Федерацией на основе Соглашения с Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти от 23 декабря 1995 года⁷

¹ См. ст. 5 Федерального закона № 326-ФЗ.

² См.: Финансовое право / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачлова. 6-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, Инфра-М, 2017. С. 60.

³ См.: Финансовое право: учебник для академического бакалавриата / под общ. ред. С. В. Запольского. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2015. С. 57.

⁴ См.: Карасева М. В. Предмет и система финансового права: доклад на Междунар. науч.-практ. конф. по проблемам финансового права (Бюджет-налоги-право) // Государство и право. 1998. № 10. С. 11.

⁵ См.: Рукавишникова И. В. Договорные конструкции в финансовом праве // Проблемы финансового права в условиях рынка в XXI веке: сб. матер. междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. О. Н. Горбунова. М.: ТК Велби, Проспект, 2005. С. 43–51.

⁶ См.: Дмитрик О. А. Источники финансового права как система: содержание и соотношение составляющих // Очерки финансово-правовой науки современности: монография / под общ. ред. Л. К. Вороновой и Н. И. Химичевой. Москва-Харьков: Право, 2011. С. 161.

⁷ См.: Соглашение между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти от 23 декабря 1995 г. // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2018. 20 февр.

(далее – Соглашение). Оно закрепляет права и обязанности органов власти города Байконур, в том числе и в финансовых правоотношениях. Данный нормативный договор направлен на реализацию публичных интересов Российской Федерации в рамках осуществления деятельности на арендованной территории Республики Казахстан. В нем прописаны, в том числе, права и обязанности субъектов финансовых правоотношений, возникающих между ФОМС Российской Федерации и ТФОМС города Байконур, созданным для реализации государственной политики, обеспечения прав граждан в сфере ОМС и гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ ОМС.

Большую группу источников финансово-правового регулирования ОМС составляют федеральные законы, в том числе и кодифицированные. Прослеживается тенденция расширения сферы регулирования финансовых правоотношений законодательными актами.

Нормативную основу функционирования фондов ОМС, в которых аккумулируются и распределяются финансовые ресурсы системы ОМС, устанавливает Бюджетный кодекс Российской Федерации¹ (далее – БК РФ).

Согласно статье 10 БК РФ фонды ОМС являются составной частью бюджетной системы Российской Федерации. На них распространяются общие положения бюджетного законодательства: о законодательной форме бюджетов (статья 11), о возможности предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС, а также федеральному бюджету (с 2014 года)². Бюджетный кодекс РФ регламентирует также состав доходов и расходов ФОМС и ТФОМС.

Нормативные положения, которые регламентируют финансово-правовое регулирование ОМС, содержатся также и в Налоговом кодексе РФ³ (далее – НК РФ). С 2017 года налоговые органы

¹ См.: Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (в ред. от 4 августа 2023 г.) // СЗ РФ. 1998. № 31, ст. 3823; 2023. № 32, ч. 1, ст. 6148.

² См.: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 21 декабря 2021 г.) // СЗ РФ. 2010. № 49, ст. 6409; 2021. № 52, ч. 1, ст. 8973.

³ См.: Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая) от 31 июля 1998 г. № 146-ФЗ (в ред. 10 июля 2023 г.) // СЗ РФ. 1998. № 31, ст. 3824; 2023. № 29, ст. 5336; Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 5 августа 2000 г. № 117-ФЗ (в ред. от 4 августа 2023 г.) // СЗ РФ. 2000. № 32, ст. 3340; 2023. № 32, ч. 1, ст. 6159.

выступают в качестве администраторов страховых взносов на ОМС работающего населения¹. Глава 34 НК РФ регламентирует плательщиков, объект обложения, базу для исчисления, тарифы, а также порядок исчисления и уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения.

В соответствии с частью 3 статьи 2 Налогового кодекса РФ к отношениям по установлению, взиманию, контролю за уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения законодательство о налогах и сборах не применяется. Нормативное регулирование данного вопроса закреплено в федеральном законе от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ². Так, в настоящее время тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения установлен в размере 18 864,6 руб.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – федеральный закон № 323-ФЗ)³ закрепляет средства ОМС в качестве одного из источников финансового обеспечения в сфере охраны здоровья, определяя обязанность предоставления практически всех видов медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, высокотехнологичная, скорая, скорая специализированная) за счет финансовых средств системы ОМС.

Основа правового регулирования социального страхования – Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (далее – федеральный закон № 165-ФЗ), по большей части, дублирует положения, содержащиеся в кодифицированных актах, и не содержит нормативные положения о финансовых аспектах ОМС.

Основным нормативно-правовым актом, регламентирующим финансово-правовое регулирование ОМС, является Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»⁴. Он закрепляет нормативные положения о составе финансовых средств обязатель-

¹ См.: Указ Президента РФ от 15 января 2016 г. № 13 «О дополнительных мерах по укреплению платежной дисциплины при осуществлении расчетов с Пенсионным фондом Российской Федерации, Фондом социального страхования Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования» // СЗ РФ. 2016. № 3, ст. 474.

² См.: Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (в ред. от 5 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2011. № 49, ч. 1, ст. 7032; 2022. № 50, ч. 3, ст. 8767.

³ См.: СЗ РФ. 2011. № 48, ст. 6724; 2023. № 31, ч. 3, ст. 5812.

⁴ См.: СЗ РФ. 2010. № 49, ст. 6422; 2022. № 52, ст. 9349.

ного медицинского страхования; положения о периоде, сроках и порядке уплаты, а также ответственности за нарушения уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения; особенности доходов и расходов бюджетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (в том числе и положения по формированию и расходованию нормированного страхового запаса в бюджетах ФОМС и ТФОМС); положения по формированию средств страховой медицинской организации и их расходованию; положения о правовой природе и структуре договоров о финансовом обеспечении ОМС и об оказании и оплате медицинской помощи (в том числе и в рамках базовой программы ОМС); содержит нормативные положения, регламентирующие финансово-правовой статус (права и обязанности) субъектов правоотношений по ОМС.

Нормативные положения об основных характеристиках бюджета ФОМС на очередной финансовый год и плановый период (прогнозируемый объем доходов, расходов, дефицита бюджета), источники внутреннего финансирования дефицита бюджета, главные администраторы доходов и источники финансирования дефицита бюджета, межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС, особенности отдельных расходов и исполнения бюджета данного государственного социального внебюджетного фонда закрепляются в ежегодно принимаемом федеральном законе о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период¹.

Нормативные положения о результатах финансового обеспечения оказания медицинской помощи за счет средств ОМС фиксируются в ежегодном отчете об исполнении бюджета ФОМС в форме федерального закона².

Нормы финансово-правового регулирования ОМС содержатся также в широком перечне подзаконных актов, издаваемых Президентом РФ³, Правительством РФ, Министерством здравоохранения

¹ См., например: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 3, ст. 8762.

² См., например: Федеральный закон от 24 июля 2023 г. № 331-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2022 год» // СЗ РФ. 2023. № 31, ч. 2, ст. 5757.

³ См., например: Указ Президента РФ от 21 января 2020 г. № 21 «О структуре федеральных органов исполнительной власти» (в ред. от 20 октября 2022 г.) // СЗ РФ. 2020. № 4, ст. 346; 2022. № 43, ст. 7383.

Российской Федерации, ФОМС, ТФОМС, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Базовым документом подзаконного характера является Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной финансовый год и плановый период¹.

Правовая природа Программы государственных гарантий определяется через само понятие «программа» и виды деятельности, которые она регламентирует. Так, по мнению некоторых авторов, понятие «программа» объединяет различные виды деятельности, которые характеризуются рядом признаков, наиболее общие из них: координация выполнения многочисленных действий, направленность на достижение конкретной цели; ограниченная протяженность во времени взаимосвязанных между собой действий².

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи представляет собой правовой акт, регламентирующий конкретный перечень условий, форм и видов бесплатной медицинской помощи. В программу государственных гарантий входит базовая программа обязательного медицинского страхования (далее – базовая программа ОМС), определяющая виды медицинской помощи, предоставление которых осуществляется за счет средств ОМС.

Актами Правительства Российской Федерации также регламентируются и конкретные виды медицинской помощи, финансируемые за счет средств ОМС или других бюджетов, например, правила финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Так, различаются правила финансового обеспечения ВМП, которая не включена в базовую программу ОМС и оказывается гражданам РФ федеральными государственными учреждениями³, и правила финансирования ВМП, которая не включена в базовую программу ОМС и оказывается гражданам РФ медицинскими ор-

¹ См., например, Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2023. № 1, ч. 2, ст. 302.

² См.: Ахмедов Д. А. Правовая природа федеральных целевых программ и их роль в системе программно-целевого управления публичными финансами // Пробелы в российском законодательстве. 2009. № 1. С. 306.

³ См.: Постановление Правительства РФ от 5 декабря 2016 г. № 1302 «Об утверждении Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями» (в ред. от 20 июня 2022 г.) // СЗ РФ. 2016. № 51, ст. 7366; 2022. № 26, ст. 4490.

ганизациями частной системы здравоохранения¹. В этих случаях финансирование осуществляется либо за счет бюджетных ассигнований бюджета ФОМС, либо федерального бюджета.

Основным федеральным органом исполнительной власти, регулирующим вопросы финансовой деятельности в системе ОМС и издающим подзаконные акты в данной сфере, является Министерство здравоохранения РФ.

Нормативные положения в приказах данного Министерства касаются нескольких аспектов финансово-правового регулирования ОМС²: регламентация порядка оплаты медицинской помощи по ОМС, методика расчета тарифов на оплату оказания медицинской помощи по ОМС, порядок утверждения дифференцированных подушевых нормативов финансирования ОМС³; утверждение типовых форм (соглашения о порядке и условиях предоставления бюджетных ассигнований из бюджета ФОМС частным медицинским организациям на финансовое обеспечение ВМП⁴; договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС⁵; договора о финансовом обеспечении ОМС⁶); установление форм расчетов (по вопросу

¹ См.: Постановление Правительства РФ от 29 января 2019 г. № 56 «Об утверждении Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации медицинскими организациями частной системы здравоохранения» (в ред. от 20 июня 2020 г.) // СЗ РФ. 2019. № 6, ст. 524; 2022. № 26, ст. 4490.

² См.: Постановление Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. от 29 сентября 2022 г.) // СЗ РФ. 2012. № 26, ст. 3526; 2022. № 40, ст. 6835.

³ См.: Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2022. 30 дек.

⁴ См.: Приказ Минздрава России от 29 марта 2019 г. № 175н «Об утверждении типовой формы соглашения о порядке и об условиях предоставления бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования медицинским организациям частной системы здравоохранения на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации, и порядка его заключения» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2019. 10 июня.

⁵ См.: Приказ Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. 2021. 13 янв.

⁶ См.: Приказ Минздрава России от 26 октября 2022 г. № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2022. 22 ноября.

начисленных и уплаченных страховых взносов на ОМС неработающего населения¹); регламентация порядка осуществления расчетов (порядок использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС для софинансирования расходов медицинских организаций²).

Региональный уровень источников финансово-правового регулирования ОМС имеет важное значение. Реализация базовой программы ОМС происходит в каждом субъекте Российской Федерации в пределах и за счет субвенций, которые предоставляются из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС. Данная реализация происходит посредством действия нормативных положений закона субъекта РФ о бюджете ТФОМС соответствующей территории³. Он устанавливает основные характеристики бюджета ТФОМС на очередные финансовый год и плановый период (объем доходов и расходов), перечень главных администраторов доходов бюджета и источников финансирования дефицита бюджета ТФОМС, межбюджетные трансферты, передаваемые из ТФОМС (они направляются на оплату стоимости медицинской помощи, которая оказана медицинскими организациями одних субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации) и получаемые из других бюджетов бюджетной системы, особенности исполнения бюджета, объемы и цели использования финансовых средств нормированного страхового запаса ТФОМС. Законом субъекта РФ также ежегодно утверждается отчет об исполнении бюджета ТФОМС.

Нормативными положениями подзаконных актов органов исполнительной власти субъектов РФ регламентируется гаранти-

¹ См.: Приказ Минздрава России от 2 апреля 2013 г. № 182н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (с изм. и доп. от 12 апреля 2019 г. № 213н) // Российской газета. 2013. 19 апр.; Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2019. 15 мая.

² См.: Приказ Минздрава России от 22 февраля 2019 г. № 85н «Об утверждении порядка формирования, условий предоставления медицинским организациям, указанным в части 6.6 статьи 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала» (в ред. от 31 октября 2022 г.) // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2019. 20 марта; 2022. 05 декабря.

³ См., например: Закон Саратовской области от 28 ноября 2022 г. № 143-ЗСО «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Российская газета. 2022. 10 дек.

рованное предоставление застрахованным лицам медицинской помощи (данные акты должны быть приняты в каждом субъекте Российской Федерации). Так, Правительством субъекта Российской Федерации ежегодно утверждается территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа государственных гарантий)¹. Она включает в себя территориальную программу ОМС, а также определяет множество составляющих оказания бесплатной медицинской помощи (перечень видов, условий, форм оказания помощи, категории получателей, перечень заболеваний и состояний, нормативы финансовых затрат, нормативы объема, подушевые нормативы финансового обеспечения, способы оплаты).

На региональном уровне также определяется правовое положение ТФОМС на основе положений Федерального закона № 323-ФЗ и иных актов федерального уровня. На данном уровне формируется правовое регулирование финансового обеспечения предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС на территории конкретных субъектов РФ. Оно регламентирует характеристики бюджета ТФОМС конкретного субъекта Российской Федерации, основные нормативы финансовых затрат на оказание медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения застрахованных лиц медицинской помощью в определенном регионе.

В системе источников финансово-правового регулирования ОМС важная роль принадлежит правовым актам Федерального фонда ОМС, который обладает полномочиями по изданию нормативно-правовых актов по вопросам осуществления ТФОМС переданных им полномочий в соответствии с федеральным законодательством.

ФОМС издает нормативно-правовые акты в форме приказов². Они затрагивают регламентирование как общих положений, касающихся финансовой деятельности системы обязательного медицин-

¹ См., например: Постановление Правительства Саратовской области от 30 декабря 2022 г. № 1372-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов». URL: <https://g-64.ru/docs/postanovleniya-pravitelstva/postanovlenie-pravitelstva-saratovskoy-oblasti-ot-30-dekabrya-2022-goda-1372-p/>

² См., например: Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 июня 2011 г. № 105 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов Федерального фонда обязательного медицинского страхования и их государственной регистрации» (в ред. от 15 марта 2013 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

ского страхования, так и конкретных порядков, правил, рекомендаций финансирования определенной медицинской деятельности.

Так, например, приказом ФОМС от 30 марта 2018 г. № 60¹ определены правила и условия принятия ФОМС решений о признании задолженности по платежам в бюджет ФОМС безнадежной к взысканию.

Нормативно-правовым актом ФОМС определяется и порядок использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС. Приказом Федерального фонда ОМС от 29 декабря 2021 г. № 149н² установлены правила, цели и порядок использования территориальным фондом ОМС средств нормированного страхового запаса ТФОМС для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС.

Помимо нормативно-правовых актов, к источникам финансово-правового регулирования системы ОМС представляется необходимым относить и тарифные соглашения по ОМС, которые заключаются между органом исполнительной власти субъекта РФ (он должен быть уполномочен высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ), территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников или же их объединениями (ассоциациями). Данные тарифные соглашения заключаются на территории каждого субъекта РФ. Так, в настоящее время в Саратовской области действует Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на 2023 год от 30 января 2023 года³.

Сложным вопросом является определение правовой природы тарифного соглашения. От правильности выявления природы данного документа напрямую зависит сущность положений, которые закрепляются в нем и регулируют, впоследствии, тарифы и способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

¹ См.: Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 марта 2018 г. № 60 «Об утверждении Порядка принятия Федеральным фондом обязательного медицинского страхования решений о признании безнадежной к взысканию задолженности по платежам в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // Российская газета. 2018. 24 апр.

² См.: Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2021 г. № 149н «Об установлении Порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2022. 3 фев.

³ См.: Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области на 2023 год от 30 января 2023 года. URL: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=33665>

Думается, что по правовой природе тарифное соглашение представляет собой нормативный договор. Традиционно, нормативным договором является соглашение между правотворческими субъектами, в результате которого возникает новая правовая норма. Участники данного договора создают новое правило поведения, которое они обязаны соблюдать. Данные черты присущи тарифному соглашению: тарифы на оплату медицинской помощи, которые им устанавливаются, являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта РФ, где оно заключено, и направляются на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС¹.

Важной характеристикой нормативного договора является то, что он выступает результатом соглашения между равноправными субъектами². Заключение тарифного соглашения по ОМС осуществляется при участии уполномоченного регионального органа власти. Но форма нормативного договора предполагает, что он не обладает преимущественным положением или полномочиями в этом процессе. Формат нормативного договора удачно соединяет преимущество частно-правового договора, обеспечивающего интересы частных лиц, с властными способами регулирования. Стороны, которые участвуют в данном договоре, связаны друг с другом не только взаимосогласованными правами и обязанностями, но также и государственной волей, которая обеспечивает общественное признание и гарантированность прав и обязанностей³. Применительно к финансово-правовому регулированию ОМС такой договор направлен на реализацию принципа гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств ОМС независимо от финансового положения страховщика. Следовательно, участие уполномоченного органа в таком соглашении фактически означает принятие на себя обязательств по финансовому обеспечению реализации территориальной программы ОМС независимо от финансового положения территориального фонда ОМС.

В тарифном соглашении по ОМС прописываются финансовые аспекты механизма реализации территориальной программы ОМС: дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения ОМС, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, предоставляемой за счет средств ОМС.

¹ См. ст. 30 Федерального закона № 326-ФЗ.

² См.: Теория государства и права / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. М., 2004. С. 140.

³ См.: Кулапов В. Л. Теория государства и права. М.: Норма, 2008. С. 273.

Тарифное соглашение по ОМС заключается во исполнение требований федерального законодательства (Федерального закона № 323-ФЗ, Федерального закона № 326-ФЗ), положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

Тарифное соглашение по ОМС имеет особенности, связанные с тем, что оно заключается при участии не только субъектов, обладающих властными полномочиями, но и группы «профессиональных» субъектов: страховых медицинских организаций и общественных организаций в сфере медицины. Их участие призвано обеспечить достаточность формируемых тарифов на оказание медицинской помощи в соответствии с программой.

Примечательно, что тарифное соглашение по ОМС направлено на согласование интересов органов исполнительной власти, ТФОМС, страховых медицинских организаций и работников здравоохранения. Интересы последних субъектов представлены профессиональными союзами, мнение отдельных медицинских организаций не учитывается. В итоге складывается ситуация, когда медицинские организации, в том числе негосударственные, лишены возможности отстаивать свои интересы в формировании тарифов на оказание медицинской помощи.

Думается, что природа тарифного соглашения предполагает другой тип взаимоотношений между его сторонами, нежели фактически сложился в настоящее время. Представляется возможным включить представителей медицинских организаций, в том числе и негосударственных, в качестве сторон в разработку и принятие тарифного соглашения по ОМС, заключаемого ежегодно в каждом субъекте Российской Федерации.

Таким образом, вышеизложенные акты выступают в качестве источников финансово-правового регулирования ОМС. Они образуют комплекс нормативных положений, в который входят *нормы международно-правовых актов; законов (Конституция РФ, федеральные законы (в том числе и кодифицированные нормативные акты), законы субъектов РФ); подзаконных актов (указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения РФ, подзаконные акты органов исполнительной власти субъектов РФ); правовых актов государственных социальных внебюджетных фондов (приказы Федерального фонда обязательного медицинского страхования; приказы территориальных фондов обязательного медицинского страхования); тарифных соглашений по обязательному медицинскому страхованию.*

Необходимо обеспечить системность содержания перечисленных блоков финансово-правового регулирования ОМС, то есть их взаимосвязь и непротиворечивость. Базовым параметром обеспечения системности содержания выступает цель финансово-правового регулирования ОМС. Под ней понимается обеспечение денежными ресурсами непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи достаточного объема и качества. Целостное понимание сущности финансово-правового регулирования помимо цели ОМС раскрывается также через обязательные требования к его содержанию.

1.2.2. Принципы финансово-правового регулирования ОМС

Финансово-правовое регулирование ОМС в России строится на определенных исходных началах – принципах права, отражающих основные ценности, являющиеся ориентирами права»¹. Многообразие взглядов на сущность принципов права можно разделить на три основных направления: широкое, нормативное и доктринальное².

Широкий подход признает принципы в качестве основополагающих начал и идей³, которые могут быть закреплены в правовых нормах и содержаться в сознании правоприменителей⁴. В рамках нормативного подхода принципы – это идеи, прямо или косвенно закрепленные в нормах права, отражающие единство объективного и субъективного⁵, определяющие «содержание и порядок реализации правовых предписаний в социально значимых ситуациях»⁶. В доктринальном подходе, напротив, принципы не обладают императивностью, так как имеют исключительно научный характер⁷. Но это направление не имеет широкого признания в российской науке.

¹ Малышева А. А. Принципы финансово-правового регулирования системы обязательного медицинского страхования // Вестник СГЮА. 2019. № 5 (130). С. 207.

² См.: Смирнов Д. А. О понятии принципов права // Общество и право. 2012. № 4 (41). С. 29.

³ См., например: Вагина Н. М. Принципы публичного права: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004. С. 10.

⁴ См.: Ведяхин В. М., Суркова О. Е. Факторы формирования и реализации принципов права. Самара, 2005. С. 26.

⁵ См.: Алексеев С. С. Государство и право. Начальный курс. М., 1994. С. 76–77; Принципы российского права: общетеоретический и отраслевой аспекты / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. Саратов, 2010. С. 16.

⁶ См.: Кулапов В. Л. Теория государства и права. М., 2008. С. 215–216.

⁷ Демичев А. А. Позитивистская классификация принципов гражданского процессуального права Российской Федерации // Арбитражный и гражданский процесс. 2005. № 7. С. 5–10.

Помимо понимания принципа как «начала», «идеи», «положения» развивается также концепция принципа как требования¹, в рамках которой принцип права наделяется функциональной нагрузкой, так как определяет требования к законодателю. Конституция Российской Федерации является базовым законом потому, что все ценности, которые в ней закреплены, должны быть реализованы в законе, поэтому конституционные ценности являются базовыми идеями и принципами, которые должны быть реализованы.

Вышесказанное позволяет принципы финансово-правового регулирования ОМС рассматривать как комплекс требований, которые необходимо внедрить в закон для того, чтобы система ОМС функционировала бесперебойно и эффективно.

Общепризнанным является деление принципов права на общеправовые, отраслевые, межотраслевые и институциональные². Финансово-правовое регулирование системы ОМС строится на основе таких общеправовых принципов, как справедливость, гуманизм и законность. Представляется возможным адаптировать общеправовой принцип законности к финансово-правовому регулированию в сфере ОМС. *Принцип законности осуществления финансовой деятельности в сфере ОМС* будет способствовать достижению цели финансово-правового регулирования ОМС посредством императивного установления соблюдения требований финансово-правовых норм всеми участниками отношений по осуществлению финансовой деятельности в сфере ОМС и применения различных видов юридической ответственности за нарушения в использовании средств ОМС и неэффективное оказание медицинской помощи.

Финансово-правовое регулирование системы ОМС строится также на принципах финансово-правового регулирования в целом.

¹ См.: *Смирнов Д. А.* О понятии принципов права // *Общество и право.* 2012. № 4 (41). С. 36.

² См.: *Ефремов А. Ф.* Теоретические и практические проблемы реализации принципов законности в Российском государстве: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2001. С. 34; *Принципы российского права: общетеоретический и отраслевой аспекты* / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. Саратов, 2010. С. 11; *Малько А. В., Струсь К. А.* Принципы права как важнейшая составляющая правовых основ развития общества // *Принципы российского права: общетеоретический и отраслевой аспекты* / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. Саратов, 2010. С. 42; *Байтин М. И.* Сущность права (Современное нормативное правоприменение на грани двух веков). 2-е изд., доп. М., 2005. С. 149; *Пузиков Р. В.* Доктринальное осмысление понятия, места и роли принципов права в современной правовой политике / *Принципы российского права: общетеоретический и отраслевой аспекты* / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. Саратов, 2010. С. 99; *Цыбулевская О. И.* Принципы права: нравственное измерение // *Принципы российского права: общетеоретический и отраслевой аспекты* / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. Саратов, 2010. С. 180.

Отраслевые принципы финансового права, первоначально сформулированные Е. А. Ровинским¹ были восприняты и развиты современной доктриной финансового права², что отражает их безусловную значимость³.

Представляют важность для обеспечения цели финансово-правового регулирования ОМС принципы социальной направленности финансово-правового регулирования и плановости. Принцип социальной направленности финансово-правового регулирования получает все большее внимание в финансово-правовой науке⁴, отражая значимость реализации социальной функции российского государства и имея закрепление почти во всем массиве отраслевого законодательства⁵.

Традиционно выделяемые принципы финансового права приобретают определенную специфику в сфере ОМС.

Так, принцип социальной направленности финансово-правового регулирования системы ОМС будет характеризоваться тем, что распределение финансовых ресурсов ОМС должно быть осуществлено только в целях обеспечения непрерывного оказания бесплатной медицинской помощи населению. Финансовая деятельность в сфере ОМС должна быть направлена на выполнение социальных

¹ См.: Ровинский Е. А. Основные вопросы теории советского финансового права. М., 1960. С. 21–30.

² См.: Химичева Н. И. Научно-обоснованные принципы финансового права как вектор его действия, развития и формирования новой идеологии преподавания // Финанс. право. 2009. № 2; Воронова Л. К. Принципы финансового права: матер. междунар. науч.-практ. конф. Харьков, 19–21 апр. 2002. Харьков: Право, 2012. С. 49; Соколова Э. Д. К вопросу о принципах финансового права // Ленинградский юридический журнал. 2013. № 3 (33). С. 217 (215–219); Крохина Ю. А. Принципы финансового права: постановка проблемы систематизации // Ленинградский юридический журнал. 2013. № 3 (33). С. 90–96; Беликов Е. Г. О понятии принципов финансового права как ориентира социального развития российского государства // Вестник СГЮА. 2015. № 5 (106). С. 168.

³ Малышева А. А. Принципы финансово-правового регулирования системы обязательного медицинского страхования // Вестник СГЮА. 2019. № 5 (130). С. 207.

⁴ См.: Беликов Е. Г., Беликова А. В. Общие принципы права в социально ориентированной финансовой деятельности государства // Вестник Поволжского института управления. 2016. № 2. С. 56–62; Беликов Е. Г. О понятии принципов финансового права как ориентира социального развития Российской Федерации // Вестник СГЮА. 2015. № 5. С. 166–171; Бит-Шабо И. В. К вопросу о принципах функционирования социальных государственных внебюджетных фондов // Вестник СГЮА. 2013. № 2 (91). С. 131–137. Земцова Л. Н. Законность банковской деятельности в системе принципов финансового права: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2011. С. 13.

⁵ См.: Лайченкова Н. Н. Налогообложение автономных некоммерческих организаций в системе функционирования Российской Федерации как социального государства // Право и общество в условиях глобализации: перспективы развития: сб. науч. тр. междунар. науч.-практ. конф. (12 декабря 2016 г.). Саратов: Изд-во Саратов. соц.-экон. ин-та (филиала) ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2017. С. 234.

обязательств Российской Федерации перед населением и обеспечение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Этот конституционно основанный принцип позволяет в наибольшей степени аргументировать, что целью финансово-правового регулирования является именно непрерывное оказание медицинской помощи.

Плановость является необходимым атрибутом любых финансовых операций. Е. В. Кудряшова указывает на наличие двух аспектов в данном принципе. Внутренний его аспект предполагает точное исполнение запланированного в финансово-плановом акте, превышение или недостижение показателей является недопустимым. Внешний аспект состоит в том, что финансово-плановые акты должны рассматриваться в контексте системы стратегического планирования¹.

Сущность планирования понимается по-разному: как одна из управленческих функций организации²; ее стратегия³; способ регулирования⁴; средства и методы реализации плановых решений⁵; органически неразрывный структурный элемент управления⁶; распределение ресурсов для достижения поставленных целей или процесс, который связан с постановкой целей и задач⁷. Планирование подразделяют на: всеобъемлющее рациональное, протекционное, аполитичное, критическое, стратегическое, инкрементальное⁸.

Планирование определяет ориентиры и ключевые показатели ведения деятельности организацией⁹, выступает как инструмент

¹ См.: Кудряшова Е. В. Государственное финансовое планирование: правовая доктрина и практика: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2018. С. 13–14.

² См.: *Jeseviciute-Ufartiene L.* Importance of Planning in Management Developing Organization // Journal of Advanced Management Science. 2014. Vol. 2, № 3, P. 176.

³ См.: *Oparanma A. O., Hamilton D. I., Jaja S. A.* Strategies for managing hospitality in a turbulent environment: nigerian experience // International Journal of Management and Innovation. 2009. Vol. 1, № 1, P. 25.

⁴ См.: *Щедричева А. Н., Шалдина Г. Е.* Сущность и содержание налогового планирования // Успехи в химии и химической технологии. 2012. № 9 (138). С. 101.

⁵ См.: *Ильин А. И.* Планирование на предприятии. М.: Новое знание, 2008. С. 255.

⁶ См.: Стратегическое планирование / под ред. Э. А. Уткина. М.: ЭКМОС, 1999. С. 17.

⁷ См.: *Хурматуллина А. Ф.* Стратегическое планирование как инструмент управления социально-экономическим развитием муниципальных образований: дис. ... канд. экон. наук. Уфа, 2017. С. 28.

⁸ См.: *Даванков, А. Ю., Рипка, Я. В., Ключникова, В. Р.* Методологические аспекты планирования регионального социо-эколого-экономического развития // Вестник Челябинского государственного университета. 2014. № 5 (334). Экономика. Вып. 43. С. 72.

⁹ См.: *Батырева А. М., Молдован А. А.* Финансовое планирование в системе управления бизнесом // Вестник науки и образования. 2020. № 1-1 (79). С. 24–25.

получения финансирования, позволяет определять жизнеспособность, выгодность проектов¹ и является наиболее оптимальным и разумным способом прогнозирования будущей финансовой деятельности какой-либо организации². Засчет этого обеспечивается функционирование всего финансового механизма, в котором отражаются ожидаемые значения различных сторон финансово-хозяйственной деятельности субъектов экономики³.

Правоведами планирование рассматривается как одна из составных частей управления⁴, его функция⁵, или элемент данной функции⁶, а также как его метод⁷.

Финансовые правоотношения по планированию выступают одним из важных элементов управления финансами и регулирования социального развития государства. Финансовое планирование охватывает не только рассматриваемую деятельность, но и все звенья финансовой системы, и осуществляется на всех территориальных уровнях⁸.

По мнению М. М. Левкевич, необходимо рассматривать финансовое планирование в сфере здравоохранения в качестве одного из методов управления финансами данной системы, когда формируется будущее желаемое состояние посредством определения

¹ См.: Янковская В. В. Планирование на предприятии. М.: Инфра-М, 2018. 944 с.

² См.: Панферова Л. В., Иванова Е. Ю. Стратегическое планирование как основа для принятия управленческих решений // *Oeconomia et Jus*. 2019. № 3. С. 10.

³ См.: Чуркин И. Д., Корчелкина Е. С. К вопросу о проблемах региональных бюджетов Российской Федерации // *Вестник науки и образования*. 2019. № 10-4 (64). С. 46.

⁴ См.: Болтинова О. В. «Планирование» в проекте новой редакции Бюджетного кодекса Российской Федерации // *Актуальные проблемы российского права*. 2018. № 3 (88). С. 29.

⁵ См.: Тихомиров Ю. А. Управленческое решение. М.: Наука, 1972. С. 15; Соколова Л. Е. Разработка управленческого решения. М.: Высшее образование, 2009. С. 8.

⁶ См.: Кутафин О. Е. Плановая деятельность Советского государства (государственно-правовой аспект). М.: Юрид. лит., 1980. С. 30.

⁷ См.: Кудряшова Е. В. Принцип плановости финансовой деятельности государства (правовые аспекты). М., 2011. С. 53, 59.

⁸ См.: Финансовое право: учебник / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачалова. 6-е изд., перераб. и доп. М., 2019. С. 50–51; Истомина Н. А. Влияние финансовых решений государства на бюджетное планирование в субъектах Федерации // *Известия Иркутской государственной экономической академии*. 2016. № 2. С. 251; Кудряшова Е. В. Правовые аспекты финансового планирования в сфере государственных расходов // *Журнал российского права*. 2018. № 12 (264). С. 88; Землянский А. А., Федорова О. В. Программно-целевое управление государственным долгом // *Вестник науки и образования*. 2018. № 1 (37). С. 35; Джембулова Ш. Ж., Кузнецова Е. К., Тимофеева Н. А. Государственные программы как инструмент увязки стратегического и бюджетного планирования в Омской области // *Вестник СИБИТА*. 2016. № 1 (17). С. 20; Карпов А. В. Анализ действующих нормативных основ в сфере стратегического планирования на федеральном уровне в отрасли образования // *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2017. № 2 (347). С. 204.

приоритетных направлений ее развития для выполнения государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, реализуемых в соответствии с логической последовательностью действий¹.

Изложенное позволяет заключить, что планирование является многогранным процессом, оно рассматривается и как функция, и как стратегия, но в отношении финансово-правового регулирования деятельности в сфере ОМС планирование является именно способом повышения эффективности данной деятельности, так как она происходит на основе финансовых планов (бюджетов ФОМС и ТФОМС, принимаемых в форме федерального закона и законов субъектов Российской Федерации на определенный календарный год и плановый период).

В контексте рассмотрения принципов финансово-правового регулирования ОМС предлагается не выделять плановость как его принцип, так как плановость является общим требованием для финансовой деятельности. В законодательстве (Федеральный закон № 323-ФЗ и Федеральный закон № 326-ФЗ) такой принцип не только не предусмотрен, но напротив, закреплена недопустимость отказа в оказании медицинской помощи² и обеспечения за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая³.

Это не означает отказа от планирования, а направлено на установление адекватного соотношения между видами деятельности в сфере ОМС. Практика показывает, что планирование как правовой принцип позволяет аргументировать в условиях отсутствия запланированных средств возможность неоказания медицинской помощи.

Принципы финансово-правового регулирования ОМС тесно взаимосвязаны с принципами охраны здоровья и принципами социального страхования.

Финансово-правовое регулирование ОМС строится на основе следующих принципов охраны здоровья: соблюдение прав гражд-

¹ См.: *Левкевич М. М.* Финансовое планирование и финансирование системы здравоохранения: теория и методология исследования: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. Орел, 2008. С. 14–15.

² См.: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 24 июля 2023 г.) // СЗ РФ. 2011. № 48, ст. 6724; 2023. № 31, ч. 3, ст. 5812.

³ См.: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 19 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2010. № 49, ст. 6422; 2022. № 52, ст. 9349.

дан в сфере охраны здоровья и обеспечение государственных гарантий, связанных с этими правами (в части гарантированности осуществления бесплатной медицинской помощи), социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья (в части предоставления лечения застрахованным лицам за счет средств ОМС), доступность и качество медицинской помощи (в части осуществления ФОМС, ТФОМС или страховыми медицинскими организациями контроля объемов, качества, сроков и условий предоставления медицинской помощи).

Среди основополагающих начал ОМС, зафиксированных в статье 4 Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об обязательном социальном страховании», присутствуют принципы, на которых строится финансово-правовое регулирование данной системы: всеобщий обязательный характер страхования; устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования; государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных рисков и исполнение обязательств независимо от финансового положения страховщика; обязательность уплаты страховых взносов страхователями; ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования.

Принципы обязательного медицинского страхования прописаны в статье 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹. Представляется необходимым из состава принципов ОМС выделить институциональные принципы финансово-правового регулирования системы ОМС. Таковыми являются: принцип обеспечения за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам при наступлении страхового случая; принцип предоставления государственной гарантии соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика; принцип устойчивости финансовой системы ОМС; принцип обязательности уплаты страховых взносов.

Принцип обеспечения за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам при наступлении страхового случая отражает весь смысл системы ОМС. Так, при обращении за медицинской помощью застрахован-

¹ См.: СЗ РФ. 2010. № 49, ст. 6422; 2022. № 52, ст. 9349.

ное лицо может не сомневаться в том, что ему окажут медицинскую помощь бесплатно. Оплата оказываемой помощи происходит за счет средств, аккумулируемых фондом ОМС. Содержание данного принципа получило развитие в судебной практике. Так, отказ страховых медицинских организаций оплатить оказанную медицинскую помощь по причине превышения установленного планового объема признается недопустимым, так как превышение объемов оказания медицинской помощи обусловлено объективными причинами – увеличением числа обращений застрахованных лиц. Подчеркивается, что медицинская организация не имеет права отказать в медицинской помощи обратившимся. Действующее законодательство не ставит возможность оказания медицинскими учреждениями бесплатной медицинской помощи гражданину в рамках ОМС в зависимость от запланированного объема такой помощи. В силу того, что в Российской Федерации предоставляется гарантия оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС, медицинские услуги, которые оказываются застрахованным лицам медицинскими организациями сверх установленного планового объема, являются страховыми случаями и подлежат оплате¹.

Из вышесказанного следует, что в настоящее время не в полной мере реализуется принцип гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств ОМС при наступлении страхового случая. Для более эффективной реализации его необходимо развить в положениях о правах и обязанностях медицинских организаций и страховых медицинских организаций при заключении между ними договора на оказание и оплату медицинской помощи.

С рассматриваемым принципом тесно связан законодательно установленный *принцип предоставления государственной гарантии соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обя-*

¹ См.: Решение Арбитражного Суда Томской области от 28 июня 2017 г. по делу А67-2335/2017. URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/4eef8d6c-e053-4af8-996b-a78175fedeb6>; Решение Арбитражного Суда Свердловской области от 14 октября 2015 г. по делу А60-25403/2015. URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/7648b0f6-1e5b-4c40-b998-f78917852609>; Решение Арбитражного суда Хабаровского края от 3 июля 2017 г. по делу № А73-5368/2017. URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/a6f5eac8-856f-43df-b610-98d019c9a39f>; Решение Арбитражного суда города Москвы от 27 февраля 2015 г. по делу № А40-136743/2014. URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/2045a34a-55a1-4371-88f7-13fa37808b90>; Постановление ФАС Поволжского округа от 15 июля 2013 г. по делу № А-57-18688/2012 // СПС «КонсультантПлюс»; Определение Верховного Суда РФ от 17 июня 2015 г. № 307-ЭС15-6069 по делу № А05-5332/2014 // СПС «КонсультантПлюс».

зательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика. Он подразумевает защиту права застрахованных лиц на медицинскую помощь вне зависимости от количества финансовых ресурсов, которые находятся на счету страховщика.

В контексте реализации данного принципа представляет интерес письмо Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 11-8/4710 в отношении софинансирования гражданами обязательного медицинского страхования. В нем указано, что законодательством Российской Федерации не предусматривается внесение страховых взносов на ОМС гражданами за себя самостоятельно и в настоящее время Министерство здравоохранения РФ не ведет разработку нормативно-правовых актов, которые бы предусматривали такую возможность¹.

Представляется, что содержание принципа предоставления государственной гарантии соблюдения прав застрахованных лиц в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика настолько тесно переплетается с принципом обеспечения за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам при наступлении страхового случая, что нет необходимости разделять их.

При их объединении для более точного понимания содержания представляется необходимым обозначить данный принцип как *принцип гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств ОМС при наступлении страхового случая независимо от финансового положения страховщика.*

Из вышерассмотренного принципа вытекает еще одно обязательное требование – *принцип устойчивости (стабильности) финансовой ОМС*, предусмотренный статьей 4 Федерального закона № 326-ФЗ, который подразумевает стабильность финансового обеспечения ОМС. В законодательстве данный принцип реализуется в обязанностях ФОМС по формированию и использованию резервов для обеспечения финансовой устойчивости ОМС².

Устойчивость обеспечивается эквивалентностью страхового обеспечения средствам ОМС. Для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС формируются и используются резервы (нормированный страховой запас) ФОМС и ТФОМС. Резервы использу-

¹ Документ опубликован не был. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

² См. ст. 33 Федерального закона № 326-ФЗ.

ются в установленном порядке¹. Так, ФОМС может направить эти средства на: покрытие временных кассовых разрывов в ходе исполнения бюджета ФОМС; увеличение субвенций бюджетам ТФОМС на организацию ОМС в регионе; поощрение страховых медицинских и медицинских организаций; расходы ФОМС на изготовление и доставку полисов ОМС и иные цели.

Нормированный страховой запас ТФОМС формируется в составе расходов бюджета территориального фонда ОМС. Так, в бюджете территориального фонда ОМС Саратовской области установлен нормированный страховой запас ТФОМС на 2023 год в размере 5 182 982,9 тыс. рублей².

Устойчивость финансовой системы ОМС гарантируется также возможностью предоставления межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в бюджет ФОМС³; законодательным закреплением источников внутреннего финансирования дефицита бюджета ФОМС; предоставлением субвенций из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС⁴. Непосредственный механизм использования данных инструментов прописывается в ежегодно принимаемом федеральном законе о бюджете Федерального фонда ОМС на очередной календарный год и плановый период.

Так, в 2020 г. из-за ухудшения эпидемиологической ситуации Правительством Российской Федерации были установлены особенности реализации базовой программы ОМС, в том числе и приостановление оказания медицинской помощи в плановой форме, что повлекло за собой недофинансирование медицинских организаций. В связи с этим было предоставлено дополнительное финансирование мероприятий по борьбе с COVID-19 из средств федерального бюджета, а также компенсированы недополученные доходы⁵.

¹ См.: Приказ Минздрава России от 26 марта 2021 г. № 245н «Об утверждении порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. 2021. 5 апр.

² См.: Закон Саратовской области от 28 ноября 2022 г. № 143-ЗСО «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Российская газета. 2022. 10 дек.

³ См. ст. 129 БК РФ.

⁴ См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 3, ст. 8762.

⁵ См.: Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой

Важным принципом финансового обеспечения системы ОМС является *принцип общественной солидарности*. Он выделяется большинством ученых, рассматривающих принципы обязательного страхования, хотя не имеет специального закрепления в федеральном законе № 326-ФЗ. Его значимость состоит в декларации во взаимной помощи и поддержке всех граждан, участвующих в обязательном социальном страховании, что предполагает солидарное распределение финансовых средств между всеми участниками системы страхования, независимо от хозяйственно-экономических, социальных, демографических и иных факторов¹.

Данный принцип представляется возможным сравнить с принципом всеобщности в налоговом праве. Так, налоги, имея публичное предназначение, призваны обеспечивать реализацию государственных функций в интересах всего общества, что подразумевает всеобщий характер налогообложения, когда в процесс формирования денежных фондов государства вовлечены все члены общества².

Несмотря на то, что страховые взносы на ОМС являются обязательными платежами, не представляется возможным говорить о всеобщности уплаты страховых взносов на ОМС в силу того, что за неработающих граждан страховые взносы уплачиваются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Думается, что принцип общественной солидарности в финансово-правовом регулировании ОМС имеет несколько иной смысл, чем в трактовках, указанных выше. Необходимо вести речь об *общественной солидарности при распределении финансовых средств ОМС*, предполагающей, что финансовые ресурсы ОМС образуют единый фонд, в котором происходит распределение денежных средств для оказания медицинской помощи застрахованным лицам независимо от суммы платежей, которая была ими направлена на ОМС.

Из этого можно вывести *принцип ответственности государства в области финансово-правового регулирования ОМС*: государство, взяв на себя социальные обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам, ответственно за непрерывное предоставление данной помощи, посред-

коронавирусной инфекцией» (с изм. и доп. от 3 декабря 2020 г. № 1995) // СЗ РФ. 2020. № 15, ч. 4, ст. 2286; 2020. № 50, ч. 4, ст. 8203.

¹ См.: *Нагиев С. К.* К вопросу о гарантиях финансовой системы обязательного социального страхования // Социальное и пенсионное право. 2009. № 3. С. 2-5.

² См.: *Ядрихинский С. А.* Принцип всеобщности налогообложения // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2018. № 9 (49). С. 98.

ством, в том числе эффективного правового регулирования образования, распределения и использования финансовых средств ОМС.

С принципом общественной солидарности тесно связан *принцип обязательности уплаты страховых взносов*. Он регламентирован федеральным законом № 326-ФЗ. Обязательность уплаты страховых взносов подтверждается наличием в действующем законодательстве мер ответственности за их неуплату или неполную уплату страхователями: налоговой, уголовной, административной, предусмотренной федеральным законом № 326-ФЗ.

Изложенное позволяет сформулировать следующие промежуточные выводы. *Принципы финансово-правового регулирования ОМС – это комплекс обязательных требований к содержанию нормативно-правового регулирования, обеспечивающих интересы субъектов ОМС в процессе непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи.*

Таковыми обязательными требованиями являются: принцип социальной направленности финансово-правового регулирования системы ОМС, принцип законности осуществления финансовой деятельности в сфере ОМС, принцип гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая независимо от финансового положения страховщика, принцип общественной солидарности при распределении финансовых средств ОМС, принцип ответственности государства в области финансово-правового регулирования обязательного медицинского страхования, принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов, принцип устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Финансово-правовое регулирование ОМС направлено на регламентацию финансовых правоотношений в данной области. В настоящее время активно развиваются межотраслевые связи правового регулирования, когда правоотношения определенной сферы регулируются различными отраслями законодательства. Это естественный процесс, например, давно подмечено, что отдельные гражданско-правовые инструменты включаются в структуру иного отраслевого регулирования¹.

Данное состояние присуще правовому регулированию системы здравоохранения и предоставления медицинской помощи, кото-

¹ См.: Чельшев М. Ю. Система межотраслевых связей гражданского права: цивилистическое исследование: дис. ... д-ра юрид. наук. Казань, 2008. С. 55.

рое складывается из положений гражданского, финансового, уголовного и иных отраслей законодательства. Однако такая форма не всегда является достаточной, очевидна необходимость формирования самостоятельной, комплексной отрасли законодательства, регулирующей общественные отношения в различных сферах медицинской деятельности – медицинского права¹. Это связано также с ростом объема нормативных актов, которые регулируют деятельность медицинских работников и стремительным развитием медицинских технологий, не всегда положительно влияющих на общество и конкретного человека².

Стремительно развиваются и финансовые правоотношения в сфере здравоохранения и предоставления медицинской помощи. Финансовая деятельность субъектов здравоохранения неотделима от самого осуществления медицинской деятельности, в связи с чем нормы финансово-правового регулирования системы ОМС входят в предмет комплексной отрасли законодательства, именуемой медицинским правом. Как было отмечено выше, финансово-правовое регулирование ОМС осуществляется значительным числом нормативных актов, обширен круг регулируемых отношений, что позволяет утверждать о наличии правового института финансового обеспечения оказания медицинской помощи средствами ОМС в рамках медицинского права как отрасли законодательства.

Предпринятый анализ системности финансово-правового регулирования ОМС позволяет сформулировать ряд выводов.

Сущность финансово-правового регулирования ОМС представляется целесообразным рассматривать через призму целей и принципов этой деятельности, которые должны быть отражены в источниках ее правового регулирования.

Цель финансово-правового регулирования ОМС выводится из двух составляющих (реализации конституционного права граждан на получение бесплатной медицинской помощи и формирования денежного фонда, предназначенного для оплаты данной помощи) и представляет собой обеспечение денежными ресурсами непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи надлежащего качества и объема. Достижение цели обеспечивается системой обязательных требований (принципов) финансово-правового регулирования ОМС.

¹ См.: Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: учеб. пособие. М., 2011. С. 7.

² См.: Романовский Г.Б. Проблемы становления медицинского права как учебной дисциплины. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

К источникам финансово-правового регулирования ОМС относятся не только правовые акты представительных и исполнительных органов государственной власти, но и международно-правовые акты, акты Федерального и территориальных фондов ОМС, а также соглашения, регулирующие финансовую деятельность субъектов ОМС. Системность их содержания достигается путем упорядочения деятельности субъектов ОМС с учетом обозначенной цели и принципов. Представляется целесообразным рассмотреть финансово-правовые статусы субъектов, осуществляющих данную финансовую деятельность в сфере ОМС, в их взаимодействии через призму выявления должной степени системности.

1.3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИНАНСОВО-ПРАВОВОГО СТАТУСА

Правовое регулирование реализуется в установлении прав и обязанностей участников отношений, получающих нормативную регламентацию. Однако установление прав и обязанностей, как и иных правовых инструментов, не может быть произвольным. Как было выявлено, правовое регулирование обязательного медицинского страхования связано установленными целью и принципами правового регулирования.

Обращение к вопросу о субъектном составе правоотношений обусловлено дискуссионностью, порожденной законодательными формулировками. Так, в статье 9 Федерального закона № 326-ФЗ предусмотрено разграничение лиц, причастных к правоотношениям по обязательному медицинскому страхованию на две категории: «субъекты обязательного медицинского страхования» и «участники обязательного медицинского страхования».

К субъектам обязательного медицинского страхования отнесены застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а к участникам – территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Логика законодателя при дифференциации «субъектов» и «участников» системы обязательного медицинского страхования предположительно связана с тем, что субъекты ОМС – это участники страховых отношений по аккумулированию денежных фондов, а участники ОМС – это участники всех прочих отношений,

связанных с использованием денежных средств обязательного медицинского страхования. Однако представляется ошибочным разграничение этих процессов, так как аккумулирование денежных фондов не имеет ценности само по себе, а должно быть связано с дальнейшим их использованием. Разделение этих направлений финансовой деятельности, в том числе такими косвенными признаками, представляется нецелесообразным. Разграничение лиц на «субъектов» и «участников» в федеральном законе № 326-ФЗ может ввести в заблуждение субъектов правоприменительной деятельности в связи с возникновением различного толкования полномочий субъектов и участников ОМС, отсутствия ясности в вопросе, применяются ли нормативные положения, предназначенные для субъектов, к участникам ОМС и наоборот, а также в связи с затруднением в понимании того, для какой именно категории предназначены нормы, если в другом нормативно-правовом акте разграничение между данными категориями не проводится.

Примечательно, что в законе РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»¹, регулирующем правоотношения по ОМС до вступления в силу Федерального закона № 326-ФЗ, не было разделения лиц, участвующих в отношениях по обязательному медицинскому страхованию, на категории. Все они именовались субъектами медицинского страхования.

В теории права разграничение между категориями «субъекты» и «участники» правоотношений обычно не проводится. Так, по мнению А. В. Малько и Н. И. Матузова², существуют различия между категориями «субъект права» и «субъект правоотношения» (несмотря на то, что в большинстве характеристик данные понятия равнозначны, присутствуют некоторые оговорки в научной литературе по этому поводу, например о том, что гражданин, являясь субъектом права, постоянно не может быть участником всех правоотношений одновременно).

В. Л. Кулапов, дифференцируя субъектов права и субъектов правоотношения, тем не менее, интерпретирует обе эти категории в качестве участников правоотношения потенциального (субъект права) или уже возникшего (субъект правоотношения)³. Н. И. Хи-

¹ См.: Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27, ст. 920.

² См.: Теория государства и права: учебник / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. М.: Юрист, 2004. С. 186–187.

³ См.: Кулапов В. Л. Теория государства и права: учебник. М: Норма, 2008. С. 380.

мичева применительно к финансово-правовым отношениям также отождествляла их¹.

Х. В. Пешкова отмечает, что разделение лиц, участвующих в отношениях по обязательному медицинскому страхованию, на две категории прослеживается в большинстве статей федерального закона № 326-ФЗ. Однако субъекты обязательного медицинского страхования явно представляют собой и участников обязательного медицинского страхования. В связи с этим не представляется возможным определить принципиальную разницу между выделяемыми законодателем субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования. Разделение рассматриваемых категорий лиц на субъектов ОМС и участников ОМС целесообразно в рамках выделения двух групп отношений: отношения с участием субъектов обязательного медицинского страхования (складываются по поводу предоставления страховой защиты лицам, застрахованным по ОМС) и отношения с участием участников ОМС (существуют в рамках исполнения обязательств по предоставлению необходимой медицинской помощи застрахованным лицам, оплате за ее предоставление медицинской организации, контролю и надзору за стоимостью и качеством данной медицинской помощи)².

Трудно согласиться с предложенным обоснованием разграничения данных групп. Так, ФОМС имеет полномочия по контролю и надзору за стоимостью, а также качеством оказываемой медицинской помощи, значит в рамках вышеуказанной классификации подпадает под отношения с участием и субъектов, и участников ОМС. Страховые медицинские организации имеют в своей структуре страховых представителей, в полномочия которых входит страховая защита прав застрахованных лиц, значит и они подпадают под обе группы правоотношений по вышеуказанной классификации. Застрахованные лица также подходят под обе группы рассматриваемых отношений.

По мнению Л. В. Воробьевой, в отношениях по обязательному медицинскому страхованию принимают участие и имеют опре-

¹ См.: Химичева Н. И. Субъекты советского бюджетного права. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1979. С. 41. Подробнее о субъектах финансового права см. также, например: Мошкова Д. М. К вопросу о субъектах финансового права // Актуальные проблемы российского права. 2016. № 11 (72). С. 72–79.

² См.: Пешкова Х. В., Бондарева Э. С., Лысенко Т. И., Митричев И. А. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». М., 2017. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

деленный круг полномочий как субъекты ОМС, так и участники ОМС. Основными лицами в рассматриваемых правоотношениях являются субъекты обязательного медицинского страхования. Их основным отличием от участников ОМС является строгое законодательное закрепление правового положения субъектов ОМС и их обязательный состав: наличие страховщика, застрахованного лица и страхователя является «классической» моделью любого вида обязательного страхования¹.

Однако не представляется возможным согласиться с данным мнением. Правовое положение лиц, отнесенных к категории «участники обязательного медицинского страхования» также определено федеральным законом № 326-ФЗ².

Обосновывая точку зрения законодателя, С. Ю. Канева указывает, что таким образом определена роль участия данных лиц в правоотношениях по ОМС, а также круг их обязанностей. Она полагает, что субъект обязательного медицинского страхования только потенциально обладает правами и обязанностями (они могут остаться нереализованными), а участник обязательного медицинского страхования всегда выступает как лицо, реально присутствующее в процессе реализации субъективных прав и юридических обязанностей. Субъект права в отношениях по обязательному медицинскому страхованию выступает как нечто неперсонализированное и абстрактное, в отличие от участника обязательного медицинского страхования, которому всегда отведена конкретная роль в правоотношениях³.

Однако данный критерий не в полной мере применим к Федеральному фонду обязательного медицинского страхования. Он является единственным страховщиком по обязательному медицинскому страхованию, не представляется возможным отнести его к неперсонализированным, абстрактным субъектам. Он реально присутствует в процессе реализации субъективных прав и юридических обязанностей.

Кроме того, все неперсонифицированные субъекты становятся конкретными в ходе уплаты страховых взносов и использования медицинских услуг. Получается, что категория «участник» погло-

¹ См.: Воробьева Л. В., Савина Л. В., Шашкова О. В. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) / под ред. Л. В. Воробьевой. М., 2014. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

² См. ст. 13–15 Федерального закона № 326-ФЗ.

³ См.: Канева С. Ю. Правовое положение субъектов и участников в обязательном медицинском страховании (правовые проблемы застрахованного лица) // Вестник Московского университета МВД России. 2014. № 2. С. 72–73.

щает категорию «субъект». Отсюда возникает уже поставленный в начале параграфа вопрос о функциональном предназначении данного разграничения.

В связи с вышесказанным, с точки зрения финансово-правового статуса субъектов и участников обязательного медицинского страхования не представляется возможным согласиться с позицией законодателя относительно их деления на две вышеобозначенные категории. В финансово-правовой литературе разграничение субъектов и участников поддерживается не всеми авторами на том основании, что категории «участник» и «субъект» правоотношения близки между собой, различия прослеживаются лишь в степени конкретизации лица, употребление данных словосочетаний допустимо в качестве синонимов¹. В исследованиях по иным отраслям права также не поддерживается разделение лиц, участвующих в правоотношениях, на субъектов и участников. Эти термины рассматриваются как синонимы² или же категория субъектов включает в себя участников правоотношений³.

Лица, причисляемые законодателем к рассматриваемым категориям: субъекты ОМС (застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования) и участники ОМС (территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации) – имеют определенные взаимные права и обязанности в процессе образования, распределения и использования фондов ОМС. В силу этого разграничение субъектов ОМС и участников ОМС может привести к возникновению трудностей во взаимодействии между ними и, в конечном итоге, нарушить единый процесс осуществления финансовой деятельности в области финансового обеспечения оказания медицинской помощи за счет средств ОМС.

¹ См.: *Разгильдиева М. Б., Швец А. В.* Участники отношений, регулируемых законодательством о налогах и сборах: проблемы теории и налогового-правового закрепления // *Налоги*. 2014. № 2. С. 38; *Бурдонова О. В.* Субъекты финансово-контрольных правоотношений в рамках контрактной системы: отдельные вопросы классификации // *Ленинградский юридический журнал*. 2018. № 2 (52). С. 137.

² См.: *Астахова М. А.* Нотариус как субъект международных частноправовых отношений // *Нотариус*. 2019. № 7. С. 4; *Миронова Т. К.* Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: учеб. пособие. М.: Юстицинформ, 2018. С. 65; *Осинцев Д. В.* Методы правового регулирования или способы формулирования правовых норм? // *Российский юридический журнал*. 2016. № 6. С. 20.

³ См.: *Покачолова А. С.* Договор об обязательном пенсионном страховании: гражданско-правовой аспект: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2014. С. 102–103; *Настин П. С.* Субъекты корпоративных правоотношений // *Российский юридический журнал*. 2016. № 5. С. 178.

В судебной практике¹, а также документах внебюджетных государственных фондов² при упоминании лиц, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, обычно перечисляются обе категории, обозначается какая-либо одна категория или указываются наименования категорий без уточнения, какие именно лица в них входят, что также может вызвать вопросы у тех, кто будет осуществлять свою деятельность на основании документов, содержащих такую информацию.

Таким образом, в целях единообразного понимания юридической терминологии и устранения возможности неправильного толкования законодательных актов представляется необходимым выделять не субъектов и участников обязательного медицинского страхования, а только *субъектов правоотношений по обязательному медицинскому страхованию*. С учетом вышесказанного, представляется необходимым и предлагается внести изменения в статью 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и изложить ее в следующей редакции: «Субъектами правоотношений по обязательному медицинскому страхованию являются Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, застрахованные лица, страхователи, страховые медицинские организации, медицинские организации».

В настоящее время в финансово-правовой доктрине и правоприменительной практике отсутствует четкое понимание полномочий, закрепленных за каждым субъектом правоотношений по ОМС, и порядка взаимодействия между ними в процессе обеспечения денежными ресурсами непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи.

Для решения данной проблемы представляется необходимым исследовать финансово-правовые статусы субъектов правоотношений по ОМС, разделив их по уровням взаимодействия.

¹ См., например: Апелляционное определение Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 24 декабря 2019 г. № АПЛ19-477 «Об оставлении без изменения Решения Верховного Суда РФ от 24 сентября 2019 г. № АКПИ19-568, которым было отказано в удовлетворении заявления о признании недействующим пункта 122 Правил обязательного медицинского страхования, утв. приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н» // СПС «КонсультантПлюс».

² См., например: Перспективный план работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год // Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. URL: <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/action-plan/>

Примечательно, что понятие финансово-правового статуса какого-либо субъекта не закреплено в действующем законодательстве, однако используется в практике Конституционного Суда. Так, в Постановлении Конституционного Суда РФ от 15 декабря 2006 г. № 10-П¹ указано, что финансово-правовой статус субъектов правоотношений закрепляется на основе их нормативно-правового регулирования. Вопрос определения понятия и содержания финансово-правового статуса того или иного субъекта является дискуссионным в науке финансового права. Большинство авторов признают в составе финансово-правового статуса права и обязанности субъектов, однако есть у ученых и различия в мнениях относительно понимания финансово-правового статуса, так как одни включают в финансово-правовой статус только права и обязанности субъектов², а другие – большее количество составляющих.

Так, в состав финансово-правового статуса включаются полномочия (права и обязанности), цели, задачи, функции, методы и формы финансовой деятельности, гарантии³. Представляется возможным согласиться с включением в состав целей, задач, прав и обязанностей.

Существует также точка зрения о разделении финансово-правового статуса на несколько блоков: целевой статус (цели и задачи), функциональный статус (функции данных субъектов), содержательный (права и обязанности субъектов при реализации финансовых правоотношений), санкционный (меры ответственности, которые применяются к субъектам)⁴. В данном случае представляется возможным согласиться с мнением автора о выделении в финансово-правовом статусе мер ответственности, так как они являются его важной составляющей. Ответственность даже рассматривается некоторыми авторами в качестве отдельного правового института⁵

¹ См.: Постановление Конституционного Суда РФ от 15 декабря 2006 г. № 10-П «По делу о проверке конституционности положений частей четвертой, пятой и шестой статьи 215.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации» // СЗ РФ. 2007. № 2, ст. 400.

² См.: *Смирникова Ю. Л.* Финансово-правовой статус субъектов Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2002. С. 15.

³ См.: *Бакаева О. Ю.* Финансово-правовой статус как юридическая категория (на примере таможенных органов) // *Очерки финансово-правовой науки современности: монография* / под общ. ред. Л. К. Вороновой и Н. И. Химичевой. Москва – Харьков, 2011. С. 192.

⁴ См.: *Бит-Шабо И. В.* Концептуальные проблемы финансово-правового регулирования деятельности государственных социальных внебюджетных фондов: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2015. С. 375.

⁵ См.: *Бит-Шабо И. В.* К вопросу о правовом регулировании ответственности государственных социальных внебюджетных фондов: проблемы научной дифференциации // *Вестник СГЮА.* 2015. № 4 (105). С. 239.

и, несомненно, влияет на формирование финансово-правового статуса субъекта.

Думается, что основным содержанием финансово-правового статуса субъектов правоотношений по ОМС являются цели и задачи их финансовой деятельности, полномочия (права и обязанности), а также меры ответственности данных субъектов при осуществлении финансовой деятельности по организации и финансовому обеспечению оказания бесплатной медицинской помощи.

Представляется необходимым исследовать основные характеристики финансово-правовых статусов субъектов ОМС в их взаимодействии друг с другом, чтобы выяснить достигаются ли цель и обязательные требования финансово-правового регулирования ОМС посредством осуществления деятельности субъектами правоотношений по обязательному медицинскому страхованию.

Функции страховщика в системе ОМС выполняет ФОМС. Правовой основой финансовой деятельности данного субъекта, помимо федерального законодательства, выступает Устав ФОМС¹.

Законодательно определена общая цель деятельности ФОМС, которая представляет собой реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Исходя из цели финансово-правового регулирования ОМС представляется, что целью финансовой деятельности ФОМС является аккумулярование финансовых ресурсов системы ОМС в едином финансовом пуле и управление ими в целях непрерывного предоставления бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам.

Для реализации данной цели Федеральный фонд обязательного медицинского страхования выполняет определенные задачи. К задачам относят: обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС, создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС, бюджетное регулирование и аккумулярование финансовых средств для обеспечения финансовой стабильности системы территориальных фондов обязательного медицинского страхования³. Некоторые авторы также полагают, что к задачам деятельности ФОМС, помимо вышеперечисленных, относится и финансовое

¹ См.: Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (в ред. от 21 июня 2022 г.) // СЗ РФ. 1998. № 32, ст. 3902; 2022. № 26, ст. 4494.

³ См.: *Ногина О. А.* Проблемы правового регулирования сбалансированности бюджетов государственных внебюджетных фондов // Известия вузов. Правоведение. 2011. № 2. С. 144.

обеспечение прав граждан на медицинскую помощь за счет ОМС¹. Не представляется возможным согласиться с формулировкой «создание условий для выравнивания», так как она является слишком размытой. Думается также, что задачей ФОМС является не финансовое обеспечение прав граждан, так как денежными средствами обеспечивается не само субъективное право, а его реализация, то есть непосредственное получение застрахованными лицами медицинской помощи.

Исходя из цели финансовой деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования представляется возможным определить, что ФОМС необходимо обеспечить наличие финансовых ресурсов на оказание бесплатной медицинской помощи, аккумулирование поступающих в него денежных средств и эффективное управление ими, стабильное функционирование системы ОМС. Думается, что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования при осуществлении финансовой деятельности выполняет следующие задачи:

- 1) обеспечение механизма предоставления лицам медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 2) аккумулирование финансовых средств обязательного медицинского страхования и управление ими;
- 3) обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

Необходимо отметить, что до 2012 г. задачи ФОМС были нормативно урегулированы уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Однако постановлением Правительства РФ от 15 августа 2012 г. № 830² данные положения были исключены из правового акта и утратили силу, что объяснялось приведением подзаконных актов в соответствие с принятым федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Примечательно, что задачи, которые были ранее закреплены в уставе ФОМС, не противоречили принимаемому законодательству и не дублировали его. В действующем законодательстве не выделяются задачи ФОМС. Те задачи, которые ранее были прописаны в уставе, в на-

¹ См.: Грачева Е. Ю., Болтинова О. В. Правовые основы страхования. М., 2011. С. 78; Ганин О. В., Мещерякова С. В. Правовые основы медицинского страхования граждан Российской Федерации. Тамбов, 2014. С. 6.

² См.: Постановление Правительства РФ от 15 августа 2012 г. № 830 «О внесении изменений в устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // СЗ РФ. 2012. № 34, ст. 4749.

стоящее время частично отнесены к полномочиям ФОМС. Однако, исходя из финансовой деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в настоящее время, представляется необходимым выделять вышеуказанные положения именно в качестве задач финансовой деятельности ФОМС.

Полномочия Федерального фонда обязательного медицинского страхования в процессе осуществления им финансовой деятельности регламентированы федеральным законом № 326-ФЗ и Уставом ФОМС. Для обеспечения обязательных требований в сфере финансово-правового регулирования ОМС данный субъект обладает определенными полномочиями. Среди них представляется возможным выделить две группы: основные полномочия и полномочия по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере ОМС органами власти субъектов РФ (полномочия по организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, переданы на основании Федерального закона № 326-ФЗ).

Задачи, стоящие перед ФОМС, обеспечиваются посредством осуществления им закрепленных в законодательстве¹ полномочий. Так, задача обеспечения механизма предоставления лицам медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования достигается посредством участия ФОМС в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, осуществлением действий для выравнивания объема и качества предоставляемой на территории РФ медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, изданием нормативных актов, установлением форм отчетности, осуществлением контроля за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения, ведением реестров, осуществлением контроля за соблюдением законодательства субъектами правоотношений. Задача аккумуляции финансовых средств обязательного медицинского страхования и управление ими обеспечивается одноименным полномочием, а также правом начисления и взыскания со страхователей для неработающих граждан недоимки по страховым взносам. Задача обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования реализуется посредством формирования и использования резервов, выравнивания финансовых

¹ См. ст. 33 Федерального закона № 326-ФЗ; постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (в ред. от 21 июня 2022 г.) // СЗ РФ. 1998. № 32, ст. 3902; 2022. № 26, ст. 4494.

условий деятельности ТФОМС, предоставления субвенций из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС.

Внебюджетный государственный фонд как отдельный субъект правоотношений к ответственности не привлекается. Ответственность за осуществление правонарушений несет председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования или же орган управления государственным внебюджетным фондом (в случае совершения бюджетных нарушений)¹. Проблемы привлечения к ответственности и правовая природа финансово-правовой ответственности в сфере ОМС более подробно рассмотрены во второй главе данного исследования.

Деятельность ФОМС тесно связана с территориальными фондами ОМС, которые выполняют часть функций страховщика в системе ОМС на территории конкретных субъектов Российской Федерации.

ФОМС и ТФОМС отслеживают соблюдение обязанности страховых медицинских организаций по обеспечению информирования граждан о видах медицинской помощи, предоставляемых бесплатно. Однако такое информирование должно осуществляться не только вышеуказанными субъектами, но и самими ФОМС и ТФОМС. Эта обязанность не может возлагаться только на СМО. Представляется, что фонды ОМС должны обеспечить методологическое сопровождение такого информирования. Это является важнейшим элементом формирования финансовой грамотности населения. Н. Н. Лайченкова также утверждает и о необходимости повышения уровня бюджетной грамотности (этот аспект тоже может касаться вопросов деятельности ФОМС и ТФОМС) так как не все вопросы, которые касаются бюджета, доступны и понятны населению².

Для достижения цели финансово-правового регулирования ОМС Федеральный фонд обязательного медицинского страхования имеет полномочия по регулированию финансовой деятельности ТФОМС. Для финансового обеспечения переданных полномочий он предоставляет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования, он осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на ОМС нерабо-

¹ См.: Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (в ред. от 4 августа 2023 г.) // СЗ РФ. 1998. № 31, ст. 3823; 2023. № 32, ч. 1, ст. 6148.

² См.: Бехер В. В., Лайченкова Н. Н. К вопросу о роли оптимизации бюджетного законодательства Российской Федерации в процессе формирования бюджетной грамотности населения // Правовая политика и правовая жизнь. 2020. № 1. С. 119.

тающего населения. ФОМС также проводит проверки деятельности территориальных фондов ОМС по выполнению ими функций администратора доходов бюджета ФОМС от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения; начисляет и взыскивает недоимку, штрафы, пени со страхователей неработающих граждан; осуществляет контроль за соблюдением законодательства и использованием средств обязательного медицинского страхования, проводит ревизии и проверки; согласовывает нормативы расходов на обеспечение выполнения своих функций Территориальными фондами обязательного медицинского страхования; издает нормативные правовые акты, а также методические указания в целях осуществления ТФОМС рассматриваемых полномочий.

Целью деятельности ТФОМС является реализация государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации¹. Исходя из цели финансово-правового регулирования ОМС представляется, что целью финансовой деятельности ТФОМС является управление и использование финансовых средств обязательного медицинского страхования в целях непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи на территории определенного субъекта Российской Федерации.

В Типовом положении о территориальном фонде обязательного медицинского страхования² указаны задачи финансовой деятельности данных фондов, посредством реализации которых обеспечиваются некоторые принципы финансово-правового регулирования ОМС. К таким задачам относятся: обеспечение гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в рамках территориальной и базовой программ ОМС; реализация государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС независимо от финансового положения страховщика.

Полномочия страховщика, которые осуществляет ТФОМС, также регламентированы Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования и отражают обязательные требования по гарантированному бесплатному оказанию медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств

¹ См.: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 19 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2010. № 49, ст. 6422; 2022. № 52, ст. 9349.

² См.: Приказ Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. № 15н (в ред. от 7 октября 2013 г.) «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» // Российская газета. 2011. 11 февр.; 2014. 10 янв.

ОМС при наступлении страхового случая; требования по устойчивости финансовой системы ОМС (формирование, а также использование резервов); требования по обеспечению законности при осуществлении финансовой деятельности в сфере ОМС (администрирование доходов бюджета ФОМС, которые поступают от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения; начисление и взыскание недоимки, штрафов и пени по страховым взносам на ОМС неработающего населения; утверждение дифференцированных подушевых нормативов для СМО; осуществление контроля за использованием средств ОМС медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями).

В целом, при эффективном осуществлении вышеперечисленных полномочий Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования представляется возможным достижение цели финансово-правового регулирования ОМС. Однако в настоящее время осуществление полномочий данными субъектами является не вполне эффективным. Так, ФОМС несистематично осуществляет проверки территориальных фондов, ТФОМС дублируют в своей деятельности некоторые полномочия ФОМС. Более подробно указанные проблемы рассмотрены во второй главе данного исследования.

Ответственность за деятельность ТФОМС несет директор данного фонда¹, а также должностные лица ТФОМС в случае невыполнения ими требований законодательства об ОМС о размещении в интернете утвержденной территориальной программы ОМС, установленных тарифов на оплату медицинской помощи, информации о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС². Применение персональной ответственности в отношении директора ТФОМС за неправомерные действия, совершенные фондом, представляется правильной, так как именно он определяет общую политику деятельности ТФОМС и следит за исполнением законодательства в процессе осуществления фондом своей деятельности.

¹ См.: Приказ Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. № 15н (в ред. от 7 октября 2013 г.) «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» // Российская газета. 2011. 11 февр.; 2014. 10 янв.

² См.: Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (в ред. от 17 февраля 2023 г.) // СЗ РФ. 2002. № 1, ч. 1, ст. 1; Российская газета. 2023. 21 фев.

В рамках реализации финансовой деятельности в сфере ОМС происходит взаимодействие между ТФОМС различных субъектов Российской Федерации. ТФОМС по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, которая оказана лицам, застрахованным по ОМС в другом субъекте РФ. Оплата происходит только за медицинскую помощь, предусмотренную в рамках базовой программы ОМС. ТФОМС субъекта РФ, на территории которого данное лицо застраховано, осуществляет возмещение средств ТФОМС по месту оказания медицинской помощи в течение 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Широкое взаимодействие также происходит и между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями, которые выполняют отдельные полномочия страховщика, осуществляют непосредственную оплату оказанной медицинскими организациями медицинской помощи и контролируют качество оказания такой помощи. Федеральным законом № 326-ФЗ регламентировано, что «страховая медицинская организация представляет собой страховую организацию, имеющую лицензию»¹. Лицензирование деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется Центральным банком Российской Федерации.

Исходя из цели финансово-правового регулирования ОМС целью финансовой деятельности страховой медицинской организации является финансовое обеспечение непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи посредством использования финансовых ресурсов ОМС для оплаты предоставляемых медицинскими организациями услуг.

Данная цель реализуется посредством выполнения страховыми медицинскими организациями определенных задач. По мнению некоторых авторов, «основной задачей страховой медицинской организации является оплата медицинской помощи, которая оказана застрахованным лицам за счет целевых средств и в соответствии с условиями, установленными территориальной программой

¹ См. ст. 14 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ.

ОМС»¹. О. В. Ганин, С. В. Мещерякова отмечают, что «основные задачи деятельности страховых медицинских организаций – это организация, финансирование медицинской помощи застрахованным лицам, а также осуществление контроля за объемом, качеством, сроками предоставления медицинских и иных услуг»².

Думается, что основными задачами финансовой деятельности страховой медицинской организации является обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий оказания медицинской помощи застрахованным лицам при наступлении страхового случая путем оплаты оказанной медицинской помощи, а также защита прав застрахованных лиц при некачественном оказании медицинской помощи.

Правовой основой финансовой деятельности страховой медицинской организации является Федеральный закон № 326-ФЗ, договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. В каждом из этих правовых актов закреплены определенные права и обязанности страховой медицинской организации, в связи с чем представляется необходимым *всю совокупность полномочий страховых медицинских организаций при осуществлении финансовой деятельности в рамках правоотношений по обязательному медицинскому страхованию делить на три вида*: права и обязанности СМО, регламентированные федеральным законом № 326-ФЗ; права и обязанности СМО, вытекающие из договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования; права и обязанности СМО, предусматриваемые в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Непосредственное взаимодействие между ТФОМС и страховой медицинской организацией происходит в рамках реализации договора о финансовом обеспечении ОМС. Данный договор включает в себя следующие права страховой медицинской организации относительно осуществления ею финансовой деятельности по ОМС: право участия в формировании территориальной программы ОМС, а также в распределении объемов предоставления медицинской помощи; право принимать участие в процедуре согласования тарифов на оплату оказываемой медицинской помощи; право изучать

¹ См.: Финансовое право: учебник / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачалова. С. 657.

² См.: Ганин О. В., Мещерякова С. В. Правовые основы медицинского страхования граждан Российской Федерации: учеб. пособие. Тамбов, 2014. С. 19.

мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи. К числу обязанностей страховой медицинской организации, предусматриваемых договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, относятся: оплата медицинской помощи, которая была оказана застрахованным лицам, за счет целевых средств; представление в ТФОМС заявки на получение целевых средств; использование по целевому назначению финансовых средств, полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС; возврат остатка целевых финансовых средств после осуществления расчетов за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь в ТФОМС; заключение с медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Ответственность ТФОМС и страховой медицинской организации также предусмотрена договором о финансовом обеспечении ОМС¹. Страховая медицинская организация несет ответственность за нарушение сроков, нецелевое использование средств, невыполнение условия контроля предоставления медицинской помощи. ТФОМС несет ответственность за нарушение сроков перечисления средств на ОМС.

Думается, что набор полномочий ТФОМС и страховых медицинских организаций, указанный в типовом договоре о финансовом обеспечении ОМС позволяет функционировать и осуществлять деятельность в рамках реализации цели финансово-правового регулирования ОМС. Однако в настоящее время отсутствует единая точка зрения по вопросу правовой природы данного договора, от определения которой зависит сущность взаимоотношений между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями, а также существует проблема определения правомерности и обоснованности наличия полномочий у ТФОМС на привлечение страховых медицинских организаций к ответственности. Эти проблемы более подробно рассмотрены во второй главе.

В целях поиска наиболее эффективной модели участия страховых медицинских организаций в механизме финансирования оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования представляется возможным рассмотреть опыт зарубежных стран, в которых медицинская помощь гражда-

¹ См.: Приказ Минздрава России от 26 октября 2022 г. № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. 2022. 22 нояб.

нам предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Большинство систем финансирования здравоохранения строится на основе объединения средств, которые поступают из разных источников, путем формирования финансового пула. В странах с системой обязательного медицинского страхования функцию объединения взносов, уплачиваемых работодателями, выполняют страховщики, которые участвуют в этой системе. В разных национальных системах ОМС ими являются: государственные фонды, негосударственные некоммерческие фонды, страховые медицинские компании. В целях выравнивания финансовых условий деятельности страховщиков применяются несколько типов механизмов перераспределения финансовых ресурсов между ними. Некоторые авторы определяют, что «первый тип – страховые взносы на обязательное медицинское страхование частично или полностью направляются в специальный центральный фонд, который финансирует каждого страховщика в зависимости от числа застрахованных лиц, финансирование происходит на основе подушевых нормативов (Нидерланды, Израиль, Россия). Второй тип – в законодательном порядке установлена обязанность страховщиков на самостоятельное осуществление перераспределения собранных взносов в соответствии с утвержденной формулой (Германия до 2009 г. (в настоящее время в этой стране применяется первый тип механизма перераспределения финансовых ресурсов ОМС). Третий тип – ответственность за перераспределение страховых взносов возложена на одну из страховых компаний. Все остальные страховщики осуществляют перечисление установленной законом доли собранных ими взносов на специальный счет указанной организации. После этого средства перераспределяются между всеми страховщиками (Чехия)»¹.

В некоторых странах страховщиками являются частные страховые компании. Их деятельность можно рассмотреть на примере функционирования системы оплаты медицинской помощи в США².

В Соединенных Штатах Америки страховые медицинские организации, выступая в качестве субъектов обязательного медицинского страхования, имеют преимущественное положение для всей системы финансирования здравоохранения. На основании зако-

¹ См.: Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. С. 325–327.

² См.: *Индейкин Е. Н.* Почему провалилась реформа здравоохранения в США // Главный врач. 2004. № 1. С. 18–27.

нодательства США, регламентирующего финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в данной стране¹, страховые медицинские организации регулируют стоимость страхового полиса, сроки его продажи, тип страховки и страховой план, а также имеют полномочия на осуществление продажи страховых полисов через специализированную федеральную систему «Health Insurance Marketplace», однако в некоторых штатах существуют собственные системы. Важно, что полномочия страховых организаций весьма ограничены законом Patient Protection and Affordable Care Act.

Реформа здравоохранения в США, результатом которой стало принятие данного закона, вызвала широкий резонанс и привлекла к себе внимание мировой общественности. В настоящее время страхование представляет собой основную расходную часть бюджета семей множества американцев.

Некоторые исследователи указывают, что «исторически родоначальницей системы обязательного страхования, в том числе и медицинского, является Германия. В 1880 г. в Германии закрепляется государственное медицинское страхование, а финансирование здравоохранения начинает осуществляться за счет средств государственного бюджета. В 1883 г. устанавливается государственное страхование и пособие по болезни, в 1884 г. принимается закон о медицинском страховании от несчастных случаев, а в 1889 г. – о медицинском страховании по инвалидности и старости. В соответствии с ними работник, получавший заработную плату меньше установленного тарифа, обязан был застраховаться. При этом фонды формировались еще и за счет отчислений работодателей»².

В настоящее время данное государство имеет одну из наиболее совершенных систем здравоохранения. Действует распределительная система медицинского страхования: «...качество медицинских услуг не зависит от объема взносов каждого человека. Обеспеченные люди несут расходы за малоимущих, а здоровые – за больных, это дает возможность создавать социальную защищенность, с одной стороны, не перекладывая ответственность на плечи государства, а с другой – вынуждая самих больных нести все бремя расходов из собственного кармана»³.

¹ См.: Patient Protection and Affordable Care Act [Public Law 111-148, enacted March 23, 2010]. URL: <https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>

² См.: Медицинское страхование / Ю. П. Лисицын, В. И. Стародубов, В. В. Гришин и др. М.: Медицина, 1995. С. 96.

³ *Номоконова З. П.* Сравнительная характеристика медицинского страхования в России и зарубежных странах // Юридический мир. 2010. № 10. С. 49–52.

С 2009 г. медицинское страхование обязательно для всех граждан данного государства. Большинство населения застраховано в больничных кассах, реализующих программы обязательного медицинского страхования. По программам добровольного медицинского страхования могут быть застрахованы работники, которые имеют годовой доход, превышающий лимит обязательного страхования¹.

Нормативное правовое регулирование обязательного медицинского страхования осуществляется социальным кодексом Германии (Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 9.8.2019)². Финансовое обеспечение здравоохранения путем использования обязательного медицинского страхования в Германии осуществляется посредством функционирования объединенного резерва финансов – Фонда здравоохранения (Gesundheitsfonds). Доходы Фонда формируются за счет взносов работодателей, учреждений социального страхования, членов фондов медицинского страхования, а также федеральных субсидий.

Ю. А. Лаврова указывает, что «полномочия по обслуживанию населения в области медицинского страхования, заключению договоров на медицинское обслуживание застрахованных с лечебными учреждениями и частнопрактикующими врачами, а также по оплате медицинским учреждениям стоимости оказанных гражданам медицинских услуг выполняют страховые больничные кассы Германии»³ (Krankenkasse) (прототип российских страховых медицинских организаций). Больничные кассы получают финансовые средства, необходимые для финансового обеспечения оказания медицинской помощи застрахованным, из Фонда здравоохранения. Данные финансовые ассигнования на медицинское страхование составляют единую фиксированную ставку на каждое застрахованное лицо, к которой прибавляются надбавки и скидки в зависимости от пола, возраста, наличия хронических болезней.

Важно отметить, что все больничные кассы получают дополнительные финансовые ресурсы для покрытия административных

¹ См.: Private Krankenversicherung. URL: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/private-krankenversicherung>

² См.: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 9.8.2019. URL: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>

³ См.: Лаврова Ю. А. Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ // Финансы. 2003. № 8. С. 47–49.

расходов, дискреционных платежей. Гарантируется, что больничные кассы не будут ущемлены в результате конкуренции. При наличии в больничной кассе в качестве застрахованных лиц большого количества хронически больных или малооплачиваемых членов происходит компенсация разницы рисков между больничными кассами.

Проблемой финансового обеспечения оказания медицинской помощи за счет средств ОМС в Германии является произвольное повышение выплат в больничную кассу. Каждая больничная касса имеет правомочие на взимание дополнительного денежного взноса, в дополнение к обязательной ставке страхового взноса. Однако в случае, если больничная касса впервые взимает дополнительный взнос или же увеличивает ставку этого взноса, застрахованные лица имеют право на расторжение договора с данной больничной кассой¹.

В.В. Гриценко отмечает наличие саморегулируемых организаций в системе здравоохранения в большинстве европейских стран, в том числе и в Германии². Качество и доступность предоставления медицинской помощи застрахованным лицам контролирует в Германии Объединенный федеральный комитет (Gemeinsamer Bundesausschuss). Он формируется четырьмя основными самоуправляющимися организациями в системе здравоохранения: Национальной ассоциацией врачей обязательного медицинского страхования (assenärztliche Bundesvereinigung), ассоциацией стоматологов (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung), Немецкой больничной ассоциацией (Deutsche Krankenhausgesellschaft) и Центральной ассоциацией больничных касс (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)³. Решения данного комитета влияют на заключение контрактов с медицинскими организациями на оказание медицинской или стоматологической помощи. В целях повышения качества предоставляемой медицинской помощи за счет средств ОМС, Федеральный объединенный комитет устанавливает многоуровневую систему последствий несоблюдения требований к качеству оказываемой помощи.

¹ См.: Gesundheitsfonds. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html>

² См.: *Гриценко В. В., Глуценко А. Н.* Сравнительно-правовой анализ российского и зарубежного механизмов функционирования саморегулирования в здравоохранении: административно-правовой аспект // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Право. 2016. № 2 (25). С. 180.

³ См.: Gemeinsame Bundesausschuss. URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>

Таким образом, система финансового обеспечения здравоохранения Германии за счет средств ОМС по механизму похожа на российскую систему, однако необходимо отметить большую роль больничных касс в финансовом механизме оплаты медицинской помощи в данном государстве. Важным является разделение механизмов оплаты медицинской помощи и контроля за качеством ее предоставления. Отрицательной стороной является возможность установления больничной кассой дополнительных денежных взносов со стороны застрахованных лиц. За счет средств ОМС также обеспечивается ряд затрат больничной кассы, не связанных с предоставлением медицинской помощи застрахованным лицам, например: административные расходы или же компенсация разницы финансовых рисков.

В Израиле существует несколько иная система оплаты оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Исследователи отмечают, что «нормативное регулирование всеобщего обязательного государственного медицинского страхования осуществляется на основании Закона «О государственном страховании здоровья». Страховые взносы по страхованию здоровья уплачиваются в Ведомство национального страхования и, впоследствии, передаются в больничные кассы (купат холим). Каждая больничная касса получает финансирование пропорционально числу клиентов с учетом возрастных коэффициентов. Примечательно, что недостаток финансовых ресурсов на обеспечение «корзины здоровья» возмещает больничным кассам Министерство финансов за счет средств государственного бюджета»¹. Все жители Израиля обязаны быть застрахованными в Ведомстве национального страхования и платить страховые взносы (кроме замужних женщин, занятых исключительно в домашнем хозяйстве). В отношении неплательщиков страховых взносов применяются меры воздействия в виде штрафов. Все застрахованные обязаны регистрироваться в одной из больничных касс (на территории Израиля функционируют только 4 больничные кассы: «Клалит», «Маккаби», «Леумит ширутей бриют», «Меухедет»). Данные организации имеют функции, подобные полномочиям российских страховых медицинских организаций, однако с точки зрения израильского законодательства, они страховыми компаниями не являются и определяются как организации с особым статусом, осуществляющие

¹ См.: *Алексеев В. А.* Здравоохранение Израиля // Медицинские новости. 2011. № 4. С. 73.

финансово-распределительные функции в сфере обязательного медицинского страхования населения¹. Больничная касса предоставляет застрахованным единую корзину медицинских услуг. В распоряжении каждой из больничных касс имеется большое количество медицинских учреждений. Примечательно, что при осуществлении визитов к врачам-специалистам пациент также и сам вносит символическую оплату за услуги. Наиболее дорогостоящими являются операции и, несмотря на то, что основную часть расходов покрывает государство, пациентам, зачастую, приходится доплачивать немалую сумму для оказания данной медицинской помощи. Финансирование медицинских учреждений осуществляется посредством выплат из государственного бюджета, страховых взносов в больничные кассы и пожертвований от частных лиц и организаций. В случае, если больной обращается к частному врачу в индивидуальном порядке, а не через больничную кассу, то оплата происходит по утвержденным тарифам. Больничные кассы конкурируют друг с другом за лиц, которые могут быть застрахованы у них, за счет чего имеют экономическую мотивацию на эффективное расходование денежных средств и систематическое проведение работы по привлечению клиентов. Больничные кассы также предлагают застрахованным программы дополнительного страхования².

Интересным является также функционирование системы обязательного медицинского страхования, в которой финансовые ресурсы перераспределяются только лишь одним национальным фондом. Такой системой является относительно недавно созданная система обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан. Правовой основой финансового обеспечения здравоохранения посредством использования средств ОМС является Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 г. № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании»³. В системе обязательного социального медицинского страхования важная роль отведена Фонду социального медицинского страхования. Его активы формируются за счет отчислений, взносов, пени, полученной за просрочку уплаты взносов и иных поступлений, не запре-

¹ См.: Лазарова Л. Б., Мардеян Н. А., Бурдули И. Н. Опыт государственного медицинского страхования в Израиле // Российское предпринимательство. 2014. № 17 (263). С. 164.

² См.: Алексеев В. А. Здравоохранение Израиля // Медицинские новости. 2011. № 4. С. 73–75.

³ См.: Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 г. № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изм. и доп. от 1 июля 2023 г.). URL: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=32908862

ценных законодательством Республики Казахстан. Финансовые средства системы обязательного социального медицинского страхования используются для оплаты услуг субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования. Оплата медицинской помощи осуществляется на основании договора закупа медицинских услуг, заключаемого между Фондом социального медицинского страхования и субъектом здравоохранения.

Государством гарантируется сохранность активов Фонда обязательного социального медицинского страхования, которая обеспечивается: установлением норм и лимитов деятельности данного фонда, что обеспечивает его финансовую устойчивость; ведением раздельного учета средств; проведением ежегодного аудита и предоставлением финансовой отчетности.

Еще одной целью использования активов Фонда обязательного социального медицинского страхования является их размещение в финансовые инструменты, то есть осуществление инвестиционной деятельности и получение дополнительного дохода.

Примечательно, что в данной системе отсутствуют страховые медицинские организации. Фонд социального медицинского страхования Республики Казахстан взаимодействует с медицинскими организациями и самостоятельно осуществляет оплату оказываемых медицинских услуг. Однако существует в системе обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан другой субъект. Обработку и перевод отчислений страховых взносов от плательщиков в Фонд осуществляет государственная корпорация «Правительство для граждан» (юридическое лицо для оказания государственных услуг). Она также обладает функциями возврата излишне уплаченных сумм отчислений, взносов плательщикам, формирования ежемесячной потребности и направления заявки о потребности в бюджетных средствах для взносов государства на обязательное социальное медицинское страхование, обновления базы данных физических лиц, за которых уплачиваются отчисления или страховые взносы, предоставления информационных услуг участникам системы обязательного социального медицинского страхования. Однако необходимо подчеркнуть ограниченность ее полномочий.

В Российской Федерации рассматривается возможность создания государственной корпорации, которая будет осуществлять функции по финансовому регулированию здравоохранения. Вопрос эффективности финансового обеспечения данной сферы по-

средством работы государственной корпорации напрямую зависит от заложенных в ее правовой статус возможностей злоупотреблять имеющимися имущественными и финансовыми ресурсами, а также полномочиями.

Следует отметить, что государственная корпорация может осуществлять предпринимательскую деятельность (то есть при оказании медицинской помощи будет возможным оказание платных медицинских услуг); имущество, которое передается государственной корпорации Российской Федерацией, впоследствии становится собственностью государственной корпорации (таким имуществом могут стать объекты здравоохранения), осуществление инвестиционной деятельности также возможно.

Государственная корпорация действует на основании долгосрочной программы деятельности и развития, которая предусматривает выполнение финансовых, инвестиционных и производственных показателей. Однако в некоторых практических случаях показатели не достигаются и финансовые ресурсы, направленные из бюджетной системы Российской Федерации, расходуются нецелесообразно и неэффективно. Так, например, в 2015 г. в целях спасения государственной корпорации «Внешэкономбанк» от банкротства были направлены бюджетные средства в размере 1,34 трлн руб. Некоторые авторы относят к числу особенностей институционального статуса государственных корпораций наличие низких требований к раскрытию информации о деятельности корпорации и меньший контроль со стороны органов государственной власти¹. Однако думается, что такие черты являются негативными для сферы здравоохранения в силу наличия множества различных субъектов в процессе осуществления медицинской помощи, за которыми необходим строгий контроль (например, за медицинскими организациями в процессе оказания ими медицинской помощи). Несмотря на то, что наличие государственной корпорации, осуществляющей деятельность в сфере здравоохранения, позволит принимать участие в различных проектах государственно-частного партнерства и увеличит количество частных инвестиций, вкладываемых в данную сферу, ее введение многократно усложнит механизм финансового обеспечения бесплатного оказания медицинской помощи населению. Так, в силу сложности отношений собственности в правовом статусе государственных корпораций, может возникнуть ситуация,

¹ См.: Курченков В. В., Макаренко О. С., Курченкова М. В. К вопросу об институциональном статусе государственных корпораций // Вестник АГТУ. Серия: Экономика. 2019. № 1. С. 7–14.

в которой государственные объекты здравоохранения, здания и оборудование будут переданы в собственность государственной корпорации, где их сохранность не гарантируется. *Думается, что сложившиеся параметры собственности корпораций не являются приемлемыми для введения государственной корпорации в качестве субъекта деятельности по финансированию здравоохранения. Основным аргументом, в данном случае, является сведение к минимуму конкуренции, что негативно скажется на финансовом обеспечении предоставления бесплатной медицинской помощи.*

Страховые медицинские организации наиболее тесным образом при осуществлении финансовой деятельности в сфере ОМС взаимодействуют с медицинскими организациями, субъектами ОМС, непосредственно оказывающими медицинскую помощь застрахованным лицам.

В соответствии с федеральным законом № 326-ФЗ к такому относятся индивидуальные предприниматели и организации любой организационно-правовой формы, которые имеют право на осуществление медицинской деятельности и включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Целью финансовой деятельности медицинских организаций является обеспечение оказания медицинской помощи застрахованным лицам в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Задачами медицинских организаций в данной сфере являются осуществление деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на основе договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и ведение раздельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования (медицинская организация ведет бухгалтерский учет по операциям, оплачиваемым за счет средств ОМС, отдельно от тех операций, которые осуществлены за счет иных средств (например, за счет собственных доходов); денежные средства, которые получены медицинскими учреждениями за оказание медицинских услуг застрахованным лицам из средств ОМС, являются средствами целевого финансирования и не учитываются при определении налоговой базы по налогу на прибыль¹).

При оказании медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования медицинские организации имеют право: получать средства за оказанную медицинскую помощь (основа-

¹ См.: Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 5 августа 2000 г. № 117-ФЗ (в ред. от 4 августа 2023 г.) // СЗ РФ. 2000. № 32, ст. 3340; 2023. № 32, ч. 1, ст. 6159.

ние – договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС) в рамках установленных тарифов на оплату медицинской помощи, обжаловать заключения СМО и ТФОМС по оценке объемов и качества предоставления медицинской помощи. Примечательно, что в случае, если медицинская организация создана в соответствии с законодательством РФ, однако находится за пределами территории Российской Федерации, такая организация имеет право оказывать виды медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования (в рамках базовой программы ОМС). Если такая медицинская организация оказывает медицинскую помощь застрахованному лицу, то она формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь в ТФОМС по месту страхования застрахованного лица. После проведения контроля объемов, качества, сроков и условий предоставления медицинской помощи ТФОМС осуществляет оплату оказанной медицинской помощи¹.

Медицинские организации обязаны: оказывать застрахованным лицам бесплатно медицинскую помощь в рамках программ ОМС; предоставлять СМО и ТФОМС сведения о застрахованных лицах, а также об оказанной им медицинской помощи; использовать средства обязательного медицинского страхования, которые получены за оказанную медицинскую помощь, в рамках программ ОМС; использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в следующих целях: софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала; финансовое обеспечение мероприятий по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования; финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации.

В рамках рассматриваемого взаимодействия ответственность страховой медицинской организации наступает за неоплату или несвоевременную оплату оказанной медицинской помощи, а ответственность медицинской организации наступает за некачественное оказание медицинской помощи². В настоящее время

¹ См.: Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2022. 30 дек.

² См.: *Озова Н. А.* Некоторые юридические аспекты медицинских правоотношений // Медицинское право. 2016. № 4. С. 33–37.

существует проблема правомерности и целесообразности привлечения медицинских организаций к ответственности страховыми медицинскими организациями, так как от уплаты медицинскими организациями штрафов страховые медицинские организации получают процент (данные денежные средства становятся их собственными средствами). Более подробно данная проблема рассмотрена во второй главе исследования.

Медицинские организации при осуществлении финансовой деятельности в сфере ОМС взаимодействуют также с застрахованными лицами.

Необходимо отметить, что застрахованные лица непосредственным образом не осуществляют финансовую деятельность в правоотношениях по обязательному медицинскому страхованию.

Исходя из цели финансово-правового регулирования ОМС застрахованные лица являются теми субъектами, ради которых и происходит финансовая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, лицами, которые получают бесплатную медицинскую помощь и права которых обеспечиваются за счет соблюдения всеми остальными субъектами правоотношений в сфере ОМС обязательных требований.

Не представляется возможным выделить цель и задачи финансовой деятельности застрахованных лиц в области обязательного медицинского страхования. Однако, по мнению некоторых ученых, для определения финансово-правового статуса достаточным является установление прав и обязанностей субъектов. Так, Ю. А. Крохина указывает, что финансово-правовой статус представляет собой установленную законодательством совокупность прав и обязанностей организаций и физических лиц, предметов ведения и полномочий государственно-территориальных образований и их органов, которые непосредственно закреплены за конкретными субъектами финансового права¹.

К застрахованным лицам относятся: граждане Российской Федерации; иностранные граждане, которые временно или постоянно проживают в России²; лица без гражданства; лица, которые имеют право на медицинскую помощь в соответствии с федераль-

¹ См.: Крохина Ю. А. Финансовое право России: учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М., 2011. С. 109.

² См., например: Информационное письмо Минздравсоцразвития России от 21 июля 2011 г. № 20-1/10/2-7112 «Порядок оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

ным законом от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах». Не являются застрахованными лицами иностранные высококвалифицированные специалисты, осуществляющие трудовую деятельность в России на основании статьи 13.5 федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»¹ (далее – федеральный закон № 115-ФЗ). Это объясняется тем, что право на охрану здоровья данных лиц обеспечивается работодателем. По требованиям федерального закона № 115-ФЗ данные лица для прибытия на работу в Российскую Федерацию должны иметь договор медицинского страхования, который действует на территории нашей страны, или же иметь право на получение медицинской помощи в медицинской организации, договор с которой оформлен работодателем.

Застрахованные лица подразделяются законодателем на несколько категорий: работающие по трудовому договору (в том числе и руководители организаций, являющиеся их единственными участниками) или гражданско-правовому договору (выполнение работ по договору авторского заказа), авторы произведений, получающие выплаты по договорам об отчуждении исключительных прав, лицензионным договорам; самостоятельно обеспечивающие себя работой; члены крестьянских (фермерских) хозяйств; члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока России, проживающие в традиционных местах проживания и осуществляющие традиционную хозяйственную деятельность; неработающие граждане.

В соответствии с отчетом о результатах деятельности ФОМС в 2021 г., утвержденным решением Правления ФОМС от 31 мая 2022 г., численность застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации по состоянию на 1 января 2021 г. составила 145,1 млн человек, что на 0,4 млн человек меньше, чем численность застрахованных лиц по состоянию на 1 января 2020 г.²

¹ См.: Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (в ред. от 29 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2002. № 30, ст. 3032; 2023. № 1, ч. 1, ст. 49.

² См.: Численность застрахованных граждан по ОМС. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2021 году. На момент публикации исследования более актуальная статистика в открытом доступе не опубликована. URL: https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities/%D0%9E%D0%A2%D0%A7%D0%95%D0%A2_%D0%A4%D0%9E%D0%9C%D0%A1_%D0%B7%D0%B0_2021_%D0%B3%D0%BE%D0%B4_28.11.2022.pdf

К правам застрахованных лиц, затрагивающим финансовую деятельность, относятся: получение бесплатной медицинской помощи от медицинских организаций на всей территории России в объеме, который установлен базовой программой ОМС; получение бесплатной медицинской помощи на территории субъекта РФ (в котором был выдан полис ОМС) в пределах территориальной программы ОМС. Взаимодействие между застрахованными лицами и медицинскими организациями происходит в рамках получения застрахованными лицами медицинской помощи надлежащего качества, а также реализации права застрахованных лиц на возмещение медицинской организацией ущерба, который возник по причине неисполнения или же ненадлежащего исполнения данной организацией обязанностей по оказанию медицинской помощи.

Застрахованные лица также взаимодействуют со страховыми медицинскими организациями через деятельность страховых представителей, а также в связи с правом застрахованных лиц на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, который был причинен из-за ненадлежащего исполнения обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.

Непосредственную уплату страховых взносов на ОМС из которых формируется бюджет ФОМС осуществляют страхователи. Целью их финансовой деятельности является осуществление обязательного платежа на ОМС в рамках соблюдения законодательства.

Таким образом, следует констатировать, что в настоящее время существуют различия между точкой зрения законодателя и доктринальной позицией по вопросу определения лиц, участвующих в отношениях по обязательному медицинскому страхованию. С точки зрения финансово-правового статуса субъектов и участников обязательного медицинского страхования не представляется возможным согласиться с позицией законодателя относительно их деления на две вышеобозначенные категории. В целях единого понимания юридической терминологии и устранения возможности неправильного толкования законодательных актов представляется необходимым выделять не субъектов и участников обязательного медицинского страхования, а только *субъектов правоотношений по обязательному медицинскому страхованию*. С учетом вышесказанного предлагается внести изменения в статью 9 Федерального закона № 326-ФЗ.

При изучении характеристики финансово-правового статуса субъектов правоотношений по ОМС выявлено, что понятие и содержание финансово-правового статуса какого-либо субъекта

не закреплено в действующем законодательстве. Данный вопрос является дискуссионным и в науке финансового права. Думается, что основным содержанием финансово-правового статуса субъектов правоотношений по обязательному медицинскому страхованию являются цели и задачи их финансовой деятельности, а также полномочия (права и обязанности) данных субъектов при осуществлении финансовой деятельности по организации и финансовому обеспечению оказания бесплатной медицинской помощи.

По итогам рассмотрения основных характеристик финансово-правового статуса каждого из субъектов правоотношений по обязательному медицинскому страхованию в их взаимодействии друг с другом (ФОМС, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, застрахованные лица, страхователи, медицинские организации) необходимо отметить, что цели финансовой деятельности, задачи и полномочия рассматриваемых субъектов преимущественно позволяют достичь цели финансово-правового регулирования ОМС и обеспечить реализацию принципов финансово-правового регулирования обязательного медицинского страхования.

Примечательно, что субъекты правоотношений по обязательному медицинскому страхованию осуществляют свою деятельность в процессе планирования, образования (формирования), распределения и использования денежных фондов. В целях комплексного изучения финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС представляется целесообразным более тщательное исследование правового регулирования их финансовой деятельности в процессе осуществления каждого из названных выше направлений преобразования денежных фондов.

**ПРАВООТНОШЕНИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ СРЕДСТВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**2.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПОЛНОМОЧИЙ
ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СРЕДСТВАМИ ОМС**

Обращаясь к рассмотрению правоотношений в сфере формирования средств ОМС необходимо определить правовую природу правоотношений в этой сфере, так как в науке высказаны различные суждения на этот счет. Полагают, что эти отношения являются гражданско-правовыми, финансово-правовыми, смешанными.

Так, М. В. Карасева указывает, что финансовые отношения, возникающие по поводу формирования и использования финансов страховых организаций, не являются финансово-правовыми, т.к. цель деятельности страховой организации расходится с целью деятельности государства в области финансов (покрытие государственных затрат в ходе выполнения своих задач и функций) и не происходит создания государственных денежных фондов¹. С. Д. Цыпкин также полагал, что они являются гражданско-правовыми. Но при этом он выделяет особенность обязательного страхования, которое возникает на основании закона независимо от воли сторон², то есть фактически отрицает сущностный признак, выделенный как базовый для страховых отношений.

В настоящее время большинство ученых в области финансового права признают наличие финансовых правоотношений в области страхования как одного из звеньев финансовой системы Российской Федерации³.

¹ См.: *Карасёва М. В.* Финансовое правоотношение. Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 1997. С. 53.

² См.: *Цыпкин С. Д.* Финансово-правовые институты, их роль в совершенствовании финансовой деятельности Советского государства. М., 1983. С. 32–33.

³ См.: *Косоногова С. В., Потапов А. М.* Финансы страхования как элемент финансовой системы Российской Федерации // Вопросы современной юриспруденции. 2014. № 42. С. 134; *Покачалова Е. В.* Страхование как самостоятельное звено финансовой системы России // Вопросы экономики и права. 2008. № 6. С. 3; *Соколова Э. Д.* Правовые основы финансовой системы России / под ред. Е. Ю. Грачевой. М., 2006. Доступ из СПС «КонсультантПлюс»; *Покачалова А. С.* К вопросу о роли страхового рынка в развитии финансовой системы в кризисные периоды // Право и современная экономика: новые вызовы и перспективы: сб. матер. III науч.-практ. конф.

Финансово-правовая природа отношений по обязательному социальному страхованию объясняется ролью государства в процессе их организации и регулирования¹: в установлении порядка создания, условий и целей функционирования социальных страховых фондов, закрепления источников финансового обеспечения данных фондов и контроля за целевым использованием привлеченных фондами средств. То есть в предмет отрасли финансового права входят те страховые правоотношения, в которых государство выступает основополагающим субъектом².

При регулировании отношений по ОМС государство выступает одним из основных субъектов, определяя императивный характер данных правоотношений и полностью регламентируя порядок взимания страховых взносов, их администрирования, формирования и использования средств Федерального и территориальных фондов ОМС. Данным правоотношениям свойственна общепризнанная социально-политическая сущность финансовых правоотношений³. На финансово-правовую природу данных отношений указывает и особый статус страховщиков (ими являются только государственные социальные внебюджетные фонды), включение бюджетов государственных внебюджетных фондов в бюджетную систему России, деятельность страховщиков в рамках достижения публичной, общественно значимой цели⁴.

На этой основе можно заключить, что регламентированные государством правоотношения, связанные с формированием, распределением и использованием фондов денежных средств ОМС в целях оказания бесплатной медицинской помощи направлены на достижение социально-политических задач государства и являются финансовыми правоотношениями. Однако необходимо

с междунар. уч. юрид. фак-та СПбГЭУ / под ред. Н. А. Крайновой. СПб., 2020. С. 381; *Воротынцев А. С.* Направления развития институтов финансового права, нашедших свое отражение в научных трудах Н. И. Химичевой // Устойчивое развитие науки и образования. 2018. № 11. С. 98; *Рыбкова А. Ю.* Организация страхового дела и страхового надзора в Российской Федерации как объекты финансово-правового регулирования: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2019. С. 68.

¹ См. Финансовое право: учебник / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачалова. С. 629–630.

² См.: *Артемов Н. М., Лагутин И. Б.* Публичное страхование в российском финансовом праве: вопросы теории и практики // Государство и право. 2014. № 6. С. 108.

³ См., например: *Карасёва М. В.* Финансовое правоотношение. Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 1997. С. 78.

⁴ См.: *Стрельников В. В.* Финансово-правовые отношения в сфере страхования // Журнал российского права. 2006. № 2. С. 51–53; *Бит-Шабо И. В.* Концептуальные проблемы финансово-правового регулирования деятельности государственных социальных внебюджетных фондов: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2015. С. 293–297.

отметить тесную их взаимосвязь с отношениями в области ОМС, регулируемые гражданским, административным, уголовным законодательством, что еще раз подчеркивает комплексный характер этой сферы правового регулирования.

Первоначальным этапом финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС является планирование деятельности по поводу образования, распределения и использования специальных фондов денежных средств, за счет которых финансируется оказание бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам.

Как было установлено, планирование представляет собой неотъемлемый этап финансовой деятельности государства. Повышению рациональности и эффективности бюджетного планирования на федеральном и региональном уровнях придается особое значение как способу обеспечения эффективного функционирования институтов власти, и повышению качества жизни граждан¹.

Планирование является неотъемлемым атрибутом в сфере оказания бесплатной медицинской помощи. Так, органы государственного управления планируют объемы и структуру оказания такой помощи, финансовые ресурсы на ее обеспечение, инвестиции в дорогостоящее оборудование, строительство и реконструкцию медицинских организаций. Во многих странах осуществляется планирование развития мощностей не только государственных, но также и частных медицинских организаций, которые работают по контрактам в системе государственного финансирования здравоохранения (например, Великобритания, Германия, Канада, Финляндия, Италия). Планирование в данном случае выступает в качестве части политики сдерживания затрат (*cost containment*), куда входит использование медицинских технологий с высокой затратной эффективностью, расширение роли первой медицинской помощи, а также снижение необоснованных госпитализаций. В целях защиты интересов населения государство планирует развитие наиболее рационального оказания медицинских услуг².

Во многих странах планирование деятельности медицинских организаций происходит на региональном уровне. Так, во Франции планирование осуществляется региональными больничны-

¹ См.: Управление бюджетными ресурсами и доходами (правовые вопросы): монография / Д. Л. Комягин, Х. В. Пешкова, С. В. Запольский и др.; под ред. С. В. Запольского. М.: Прометей, 2017. С. 360 (автор главы В. В. Гриценко); Гриценко В. В. К вопросу об особенностях бюджетного планирования в 2016 году // Финансовое право. 2016. № 8. С. 26.

² См.: Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницкой, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. С. 364–366.

ми агентствами¹; в Германии это функция правительства земель²; в Финляндии, Дании и Швеции специализированную помощь планируют центральные правительства, но планирование оказания остальных видов медицинской помощи делегировано местным правительствам³.

В России эта задача также решается на региональном уровне. К функциям субъекта РФ относится формирование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Финансовое планирование работы медицинских учреждений в России основано на нормативном методе, суть которого в нормировании потребления медицинских услуг, основанном на применении рациональных или минимальных стандартов лечения и профилактики заболеваний. Объем финансовых ресурсов для оказания бесплатных медицинских услуг, определенный с применением норм и нормативов, увязывается с прогнозируемыми и фактически достигнутыми показателями мощностей организаций здравоохранения. Однако такая модель формирования и использования финансовых ресурсов для целей ОМС фактически предполагает, что распределение таких ресурсов происходит без достаточного учета потребности граждан в получении средств из страховых фондов в соответствии с клинической картиной заболеваемости⁴.

Таким образом, актуальным является анализ установленной действующим правовым регулированием модели планирования финансовых ресурсов ОМС на предмет обеспечения их достаточности и удовлетворения фактически возникающих потребностей в медицинской помощи в течение запланированного периода.

Финансовое планирование в сфере ОМС осуществляется на основе Федерального закона № 326-ФЗ, правил обязательного медицинского страхования⁵, государственных программ и документов

¹ См.: GIP SPSI. Система здравоохранения во Франции. Paris, 2013. P. 10.

² См.: *Busse R, Riesberg A.* Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. P. 41.

³ См.: *Ettelt S, Nolte E., Thomson S., Mays N.* Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта М.: Реал Тайм, 2009. С. 5.

⁴ См.: *Молчанова Н. П.* Развитие инструментария финансового планирования в сфере услуг (на примере здравоохранения) // Россия: тенденции и перспективы развития. 2017. № 12-2. С. 625–629.

⁵ См.: Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2022. 30 дек.

стратегического планирования¹. Помимо этого необходимо отметить, что финансирование услуг здравоохранения осуществляется за счет средств федерального и региональных бюджетов. Так, в настоящее время действует государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»². В целом, параметры стратегического планирования в сфере российского здравоохранения определены в Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации до 2025 года³.

Основные параметры для финансового обеспечения предоставления бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам отражаются в ежегодно принимаемых программных актах: программе государственных гарантий, территориальных программах государственных гарантий, базовой программе ОМС и территориальных программах ОМС.

Базовая программа ОМС является частью программы государственных гарантий. Данный документ является подзаконным нормативным правовым актом и утверждается постановлением Правительства Российской Федерации. Основой для его разработки являются положения федерального законодательства (статья 80 Федерального закона № 323-ФЗ, Федеральный закон № 326-ФЗ), а также основные параметры среднесрочного прогноза социально-экономического развития Российской Федерации⁴. Планирование формирования территориальных программ конкретизируется также в рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации⁵.

Программные правовые акты в правовой науке предлагается рассматривать как «доктринальные правовые акты», поскольку

¹ См.: Федеральный закон от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» (в ред. от 17 февраля 2023 г.) // СЗ РФ. 2014. № 26, ч. 1, ст. 3378; Российская газета. 2023. 21 фев.

² См.: Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в ред. от 16 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2018. № 1, ч. 2, ст. 373; 2022. № 52, ст. 9599.

³ См.: Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2019. № 23, ст. 2927.

⁴ См.: Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов // СПС «КонсультантПлюс».

⁵ См.: Письмо Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 – 2025 годы» // СПС «ГАРАНТ».

в законодательстве и в науке отсутствуют их общепринятые наименования¹.

Перечисленные программы государственных гарантий рассматриваются как механизм планирования объемов медицинской помощи² и инструмент планирования развития отрасли здравоохранения³. Действительно, те виды медицинской помощи, которые предусмотрены программами государственных гарантий, в том числе территориальными, должны быть оказаны на территории Российской Федерации бесплатно. При этом те виды помощи, которые перечислены в базовой и территориальных программах ОМС финансируются за счет средств ОМС. Остальные виды бесплатной медицинской помощи должны быть обеспечены ресурсами из других источников. Помимо этого, программы ОМС (базовая и территориальная) определяют нормативы, с помощью которых, по мнению некоторых авторов, рассчитываются потребности в финансовых ресурсах и планируются объемы предоставления таких ресурсов⁴. Это нормативы объемов предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, требования к территориальным программам и условиям оказания медицинской помощи, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Территориальная программа ОМС конкретизирует значения данных нормативов с учетом структуры заболеваемости в конкретном субъекте Российской Федерации.

Таким образом, безусловно, что перечисленные программы в сфере здравоохранения являются формами финансового планирования. При этом базовая программа ОМС и территориальные программы ОМС – это правовые формы финансового планирования в сфере ОМС.

¹ См.: Гриценко В. В. Административное судопроизводство как способ обеспечения законности нормативных правовых актов в финансовой сфере // Журнал административного судопроизводства. 2019. № 3. С. 15.

² См.: Оношко С. С. Роль обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения региона (на примере Сибирского федерального округа): автореф. дис. ... канд. экон. наук. Иркутск, 2011. С. 10; Фоменко В. В. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: дис. ... канд. экон. наук. Екатеринбург, 2015. С. 28.

³ См.: Левицкая Н. А. Механизм формирования региональных систем обязательного медицинского страхования (на примере Ростовской области): автореф. дис. ... канд. экон. наук. Ростов-на-Дону, 2000. С. 8.

⁴ См.: Квятковский И. Е. Финансовое планирование в здравоохранении в условиях институциональных изменений // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2013. № 23. С. 148.

Однако это итоговые документы, формирование которых должно иметь прозрачный характер как в части системы источников правового регулирования, так и их содержания, так как именно эти документы дают возможность осуществления общественного контроля за обоснованностью формируемых плановых показателей и нормативов финансирования оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС.

Подушевые нормативы финансирования программы государственных гарантий формируются на основе нормативов, которые утверждены ранее действующей программой государственных гарантий¹, а также прогнозируемого общего объема доходов бюджета ФОМС, изложенного в законе о бюджете ФОМС². Программа государственных гарантий формируется также на основе стандартов медицинской помощи и с учетом порядков оказания медицинской помощи³. Эти документы являются подзаконными нормативными правовыми актами и утверждаются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации⁴. Стандарты содержат медицинские мероприятия для диагностики заболевания, набор необ-

¹ См., например: Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» // СЗ РФ. 2022. № 1, ч. 3, ст. 205; Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // СЗ РФ. 2021. № 2, ч. 1, ст. 384; Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (с изм. и доп. от 5 июня 2020 г. № 829) // СЗ РФ. 2019. № 51, ч. 1, ст. 7606; 2020. № 24, ст. 3795; Постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (с изм. и доп. от 12 апреля 2019 г. № 440) // СЗ РФ. 2018. № 51, ст. 8013; 2019. № 16, ст. 1947; Постановление Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (с изм. и доп. от 21 апреля 2018 г. № 490) // СЗ РФ. 2017. № 51, ст. 7806; 2018. № 18, ст. 2639.

² См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 3, ст. 8762.

³ См. ст. 80 Федерального закона № 323-ФЗ.

⁴ См., например: Приказ Минздрава России от 21 апреля 2022 г. № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. 2022. 13 июля; Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1380н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при хронической бактериальной инфекции» // Российская газета. 2013. 10 июня.

ходимых для лечения медицинских услуг, перечень лекарственных препаратов. Порядки оказания медицинской помощи определяют правила ее оказания по профилю заболевания, штатные нормативы и стандарты оснащения кабинетов для оказания медицинской помощи такого профиля.

Базовая программа ОМС как часть программы государственных гарантий определяет виды медицинской помощи (включая перечень ВМП), структуру тарифа на оплату медицинской помощи, перечень страховых случаев, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, критерии качества и доступности медицинской помощи.

Территориальная программа ОМС, являющаяся частью территориальной программы государственных гарантий, определяет на территории конкретного субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации данной программы, структуру тарифа на оплату, условия и объемы предоставления медицинской помощи, стоимость территориальной программы ОМС по источникам финансового обеспечения и целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Однако данные параметры в настоящее время не всегда соответствуют потребностям населения в оказании медицинской помощи. По мнению группы ученых, обнаруживается слабая нацеленность планирования, а также распределения объемов медицинской помощи на решение задачи эффективного использования финансовых ресурсов¹. Это позволяет согласиться с мнением, что сквозь призму управления публичными финансами и расходования средств определяется эффективность государственного управления в целом².

Программные документы (базовая и территориальные программы ОМС) не закладывают параметры эффективности и гарантирования оказываемой медицинской помощи. В силу того, что в здравоохранении получаемые результаты отражаются не в денежном выражении, для оценки эффективности применяются иные экономические параметры: «затраты-полезность», «затра-

¹ См.: Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкратова О. Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М., 2019. С. 34.

² См.: Грандонян К. А., Лайченкова Н. Н. Принцип эффективности в отраслевом законодательстве Российской Федерации // Эффективность отраслевого правового регулирования: коллективная монография / под общ. ред. Н. Н. Лайченковой. Саратов: Изд-во Саратов. соц.-экон. ин-та (филиала) ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2019. С. 7.

ты-результативность», «затраты-выгода»¹. Но ни один из этих параметров в полной мере не раскрывается в базовой или территориальных программах ОМС. Некоторые авторы указывают на отсутствие нормативных правовых актов, позволяющих планировать территориальную сеть медицинских организаций с учетом экономических, географических и медико-демографических характеристик субъектов Российской Федерации².

Отсутствие нормативно-правового регулирования планирования является основой для формирования проблемы обеспеченности необходимыми объемами финансовых ресурсов, когда фактические затраты медицинских организаций на оказание помощи превышают тарифы, предусмотренные на ее оказание. Недостатки планирования в сфере оказания бесплатной медицинской помощи отмечаются и в судебной практике.

Важным для целей обоснования в рамках планирования деятельности в системе ОМС является учет факторов, влияющих на объем и структуру медицинской помощи, включая данные о здоровье населения по результатам анализа заболеваемости по обращаемости в медицинские организации³ (в том числе, и в организации частной формы собственности). Некоторые авторы указывают, что эффективность системы здравоохранения может быть определена преимущественно путем экономического анализа, т.е. сопоставления финансовых затрат на охрану и укрепление здоровья населения с уровнем заболеваемости⁴. Существует взаимосвязь экономической эффективности с эффективностью финансово-правовых норм⁵.

Планирование финансового обеспечения оказания медицинской помощи за счет средств ОМС должно учитывать прогнозы заболеваемости беременных женщин. В соответствии с анализом специалистов, у большого количества женщин, которые закончи-

¹ См.: *Квятковский И. Е.* Финансовое планирование в здравоохранении в условиях институциональных изменений // *Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд.* 2013. № 23. С. 152.

² См.: *Перхов В. И., Куделина О. В.* Актуальные проблемы Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи // *СМЖ.* 2019. № 4. С. 141.

³ См.: *Бережков Д. В.* Совершенствование деятельности медицинской организации частной системы здравоохранения, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2018. С. 89.

⁴ См.: *Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. P. 137.

⁵ См.: *Лайченкова Н. Н.* Отдельные аспекты соотношения понятий «экономическая эффективность» и «эффективность финансового права» // *Ленинградский юридический журнал.* 2018. № 2 (52). С. 155.

ли беременность родами, наблюдаются осложнения беременности. Высокий уровень распространенности болезней беременных женщин, новорожденных и детей раннего возраста, ведет к увеличению нагрузки на медицинские организации, обусловленному состоянием здоровья новорожденных детей¹.

Одной из проблем финансирования оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС, которая может быть решена посредством реализации механизма планирования, является покрытие растущей потребности населения в некоторых специализированных медицинских услугах и видах помощи, например: реабилитация, некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи, связанные с онкологией². В этой связи необходимо отметить, что планирование финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС стоит осуществлять также на основе реальной клинической практики применения определенных форм и методов лечения конкретного заболевания, а также с учетом развития соответствующей инфраструктуры для применения таких методов в конкретном субъекте Российской Федерации. Так, опыт применения метода «Системная радионуклидная терапия радия (^{223}Ra) хлоридом» в Кемеровской области показал его большую эффективность при лечении рака предстательной железы, но несоответствие затрат. Фактические затраты учреждения здравоохранения в 2018 г. на применение этого метода лечения существенно превысили тариф на его оплату. Возможность осуществления доступности данного метода лечения онкологического заболевания для всех нуждающихся пациентов появилась только после корректировки Тарифного соглашения в системе ОМС Кемеровской области на 2019 год³. При осуществлении своевременного планирования финансового обеспечения применения данного вида лечения за счет средств ОМС эффективность лечения рака предстательной железы в Кемеровской области в 2018 г., возможно, была бы намного выше.

¹ См.: *Артемяева Г.Б.* Медико-экономическая оценка реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Рязанской области): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Рязань, 2014. С. 24.

² См.: *Омирбаева Б., Загидуллина Г., Гаитова К.* Анализ расходов на здравоохранение в Казахстане для эффективного планирования // *Norwegian Journal of Development of the International Science.* 2020. № 39-3. С. 25.

³ См.: *Луценко В.А., Вялова К.В., Бульбенко П.В., Железнякова И.А.* Повышение доступности радионуклидной терапии рака предстательной железы в рамках системы обязательного медицинского страхования на региональном уровне: опыт Кемеровской области // *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2019. № 4 (38). С. 28.

Важной проблемой, связанной с недостаточно эффективным планированием финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС, является наличие задолженностей¹ у учреждений здравоохранения. Например, в 2020 году в Саратовской области задолженность составляла 394 млн руб.², а задолженность медицинских учреждений в Вологодской области по состоянию на январь 2020 г. достигала 167 млн руб. Это связывается с недофинансированием территориальной программы государственных гарантий, когда рост затрат медицинских организаций превышает рост тарифов³. Данная проблема отмечена также и Счетной палатой Российской Федерации: так, например, по г. Москве кредиторская задолженность медицинских организаций на 1 января 2018 г. увеличилась на 62,5 % по сравнению с аналогичным показателем на 1 января 2017 г.⁴ Представляется необходимым при планировании финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС в конкретном субъекте Российской Федерации учитывать и наличие задолженностей у медицинских организаций, осуществляющих деятельность в рамках территориальной программы ОМС.

Несмотря на то, что для определения потребности населения в объемах медицинской помощи при разработке территориальных программ государственных гарантий Министерством здравоохранения РФ рекомендуется проводить анализ фактического выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в динамике не менее чем за 3 предыдущих года⁵, достаточно часто в российской практике возникают ситуации, в которых медицинские организации, в силу объективных причин и экстренного

¹ Долговые обязательства у учреждений здравоохранения возникают в связи с отсутствием денежных средств на закупку медикаментов, расходных материалов, оплату коммунальных платежей.

² См.: Кредиторская задолженность саратовских больниц достигла 394 млн рублей. URL: <https://vademec.ru/news/2020/07/17/kreditorskaya-zadolzhennost-saratovskikh-bolnits-dostigla-394-mln-rublej/>

³ См.: В Вологодской области призвали увеличить субвенции ФФОМС регионам. URL: <https://vademec.ru/news/2020/02/05/v-vologodskoy-oblasti-prizvali-velichit-subventsii-ffoms-regionam/>

⁴ См.: Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2020. № 2 (254). С. 92.

⁵ См.: Письмо Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 годы» // СПС «ГАРАНТ».

оказания медицинской помощи, превышают предельные объемы предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия). Страховые медицинские организации часто отказывают в оплате такой помощи, что оспаривается¹. Суды в некоторых случаях правомерно подчеркивают, что медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения², фактически констатируя наличие проблем в планировании.

Отмечается данная проблема и в литературе³. В результате отказа страховых медицинских организаций от оплаты оказанной сверх запланированного объема медицинской помощи не реализуется принцип гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая.

Представляется необходимым учитывать опыт выявления повышенного спроса застрахованных лиц на какой-либо конкретный вид оказания медицинской помощи при планировании последующего финансирования такой деятельности, а также видится важной необходимость закрепления обязанности страховой медицинской организации профинансировать оплату фактически оказанной медицинской помощи.

В этой связи представляется необходимым внести изменения в пункт 7.1. типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н, дополнив его абзацем следующего содержания: «...Превышение объема предоставления медицинской помощи, распределенного Ор-

¹ См., например: Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 20 марта 2019 г. № 307-ЭС18-18880 по делу № А56-50938/2017 // СПС «КонсультантПлюс»; Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 18 октября 2018 г. № 308-ЭС18-8218 по делу № А15-6379/2016 // СПС «КонсультантПлюс»; Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 4 (2018) // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2019. № 8.

² См.: Определение Верховного Суда РФ от 28 января 2021 г. № 310-ЭС20-22096 по делу № А23-2310/2019 // СПС «КонсультантПлюс».

³ См.: *Кадыров Ф. Н., Куфтова Ю. В.* Обзор судебной практики по вопросам оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2019. № 4. С. 76; *Андреева А. А.* Законодательное регулирование и судебная практика оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной с превышением установленных объемов // Юридическая наука. 2019. № 11. С. 103.

ганизации решением комиссии, обусловленное объективными причинами, не может являться причиной отказа Страховой медицинской организации в оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по территориальной программе».

Значительное количество судебных разбирательств также связано с занижением нормативов объема оказания медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в территориальных программах государственных гарантий по сравнению с общей Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что нарушает права граждан и является недопустимым¹. В результате отдельные нормы территориальных программ государственных гарантий признаются судами недействующими, что ставит под сомнение эффективность деятельности по финансированию бесплатного оказания медицинской помощи в субъекте РФ.

Проблема занижения нормативов объема оказания медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в территориальных программах государственных гарантий отмечается и Счетной палатой Российской Федерации. Так, в 2017 и 2018 гг. нормативы финансирования формируемых территориальных программ государственных гарантий в большинстве субъектов Российской Федерации были установлены ниже установленного среднего норматива. Выявлены значительные различия в размерах тарифов на оплату медицинской помощи².

¹ См.: Апелляционное определение Судебной коллегии по административным делам Верховного Суда РФ от 26 мая 2020 г. № 65-АПА20-1 «Об оставлении без изменения решения Суда Еврейской автономной области от 04 июля 2019 г., которым был удовлетворен административный иск о признании недействующими отдельных положений территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации на территории Еврейской автономной области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Еврейской автономной области от 05 марта 2019 г. № 55-ПП» // СПС «КонсультантПлюс»; Апелляционное определение Судебной коллегии по административным делам Верховного Суда РФ от 4 декабря 2019 г. № 74-АПА19-10 «Об оставлении без изменения решения Верховного Суда Республики Саха (Якутия) от 31 июля 2019 г., которым был признан недействующим абзац 8 пункта 7.1 раздела VII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утв. постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) от 05 февраля 2019 г. № 18» // СПС «КонсультантПлюс».

² См.: Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2020. № 2 (254). С. 92.

Таким образом, представляется необходимым осуществлять планирование финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС на основании не только порядков оказания и стандартов медицинской помощи, особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики, особенностей географического и климатического расположения местности, в которой проживают застрахованные лица. *Необходимо также учитывать прогноз заболеваемости взаимозависимых лиц – беременных женщин и новорожденных детей; реальную клиническую практику применения определенных форм и методов лечения конкретного заболевания, а также наличие соответствующей инфраструктуры для применения таких методов в конкретном субъекте Российской Федерации; статистику наличия задолженностей у учреждений здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы ОМС; существующую практику в отношении фактически сложившегося объема оказания медицинской помощи за счет средств ОМС за предыдущие несколько лет.*

В целях нормативного закрепления вышеуказанных факторов подлежащих учету при планировании финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС предлагается главу 5 «Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования» Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дополнить статьей 32.1 следующего содержания:

«Статья 32.1. Планирование финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи средствами обязательного медицинского страхования.

Планирование финансового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам происходит на основании:

- 1) особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики;*
- 2) прогноза заболеваемости лиц, с высокой степенью вероятности зависящих друг от друга – беременных женщин и новорожденных детей;*
- 3) особенностей географического и климатического расположения местности, в которой проживают застрахованные лица;*
- 4) реальной клинической практики применения определенных методов лечения заболеваний, развития соответствующей инфра-*

структуры для применения таких методов в конкретных субъектах Российской Федерации;

5) данных о наличии задолженностей у учреждений здравоохранения, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Для оценки наиболее вероятных тенденций в бюджетной системе Российской Федерации, выработки и реализации решений в сфере бюджетной, налоговой и долговой политики, направленных на обеспечение стабильных макроэкономических условий и достижение стратегических целей социально-экономического развития страны применяется долгосрочное бюджетное планирование. Оно осуществляется путем формирования бюджетного прогноза Российской Федерации, субъекта РФ или муниципального образования на долгосрочный период.

Примечательно, что законодательством не предусматривается долгосрочное бюджетное планирование в сфере деятельности государственных внебюджетных фондов (в частности Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования).

В связи с важностью системы здравоохранения для общества и государства, развитием инновационных медицинских технологий, совершенствованием методов лечения и сложностью механизма финансового обеспечения бесплатного оказания медицинской помощи, представляется необходимым долгосрочное планирование бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В международной практике внимание к планированию финансового обеспечения здравоохранения повышает предсказуемость обеспечения системы охраны здоровья финансовыми ресурсами и увеличивает процент вероятности реализации на местах мер политики, предусмотренных планами и программами¹.

Интересным представляется опыт Австрии, где действует Австрийский структурный план здравоохранения (далее – АСПЗ), принятый в 2017 г. (Der Österreichische Strukturplan Gesundheit)².

¹ См.: Barroy H., Dale E., Sparkes S., Kutzin J. Задачи здравоохранения: вопросы бюджета. Ключевые аспекты формирования бюджета и бюджетной классификации [Budget matters for health: key formulation and classification issues]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. С. 3, 8.

² См.: Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der->

Обеспечение здравоохранения основано на общенациональных и региональных инструментах планирования. АСПЗ предусматривает генеральный план для всей территории Австрии, согласованный совместно федеральным правительством, правительствами земель и органами социального страхования. Данный программный документ основан на федеральном законе о партнерстве по целевому контролю за здравоохранением¹, а также на соглашении между федеральным правительством, федеральными землями и органами социального страхования², в силу которого они соглашаются как равные партнеры реализовывать целевую систему партнерства в целях контроля за организацией, структурой и финансированием австрийского здравоохранения. АСПЗ содержит программы планирования для отдельных видов предоставляемой медицинской помощи (амбулаторной, неотложной, стационарной) на срок до 2025 года. Основой финансового планирования здравоохранения в Австрии является межотраслевой согласованный верхний предел расходов, который должен быть предоставлен в области социального страхования на федеральном и региональном уровнях. Строго контролируются вопросы прозрачного представления, полного бюджетирования и финансовой отчетности медицинских организаций, а также прозрачного предоставления счетов социального страхования.

Активную позицию по вопросу планирования финансового обеспечения системы охраны здоровья населения занимает Эстония³. Планирование в этом государстве основано на: соответствии медицинских организаций критериям географической доступности врачей, учете движения пациентов между территориями, закупке медицинских услуг, которые оказываются медицинскими организациями с оптимальной мощностью, соблюдении критериев высокого качества предоставляемой медицинской помощи. Система планирования финансового обеспечения здравоохранения в Эстонии постоянно совершенствуется: вводятся статистические фор-

%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html#:~:text=Der%20%C3%96SG%202017%20basiert%20auf,des%20Gesundheitswesens%20sowie%20Zielsteuerung%2DGesundheit

¹ См.: Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008417&FassungVom=2016-12-31>

² См.: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20001137>

³ См.: Описание системы здравоохранения Эстонии // Eesti Haigekassa. URL: <https://www.haigekassa.ee/ru/kontaktpunkt/organizacia-sistemy-zdravoohranenia-v-estonii/opisanie-sistemy-zdravoohranenia-estonii>

мы, расширяется система мониторинга деятельности медицинских учреждений и отдельных специалистов.

Эстонский фонд медицинского страхования (или же больничная касса) (Eesti Haigekassa) в целях стратегического планирования финансового обеспечения здравоохранения заключает договоры с медицинскими организациями, которые претендуют на участие в системе обязательного медицинского страхования, на длительные сроки. Договоры заключаются не со всеми медицинскими организациями, тем самым реализуется политика усиления конкуренции медицинских организаций. Медицинские организации, которые вошли в стратегический план, заключают договор с больничной кассой на 5 лет. Они не проходят процедуры конкурсного отбора. Предполагается, что если медицинская организация вошла в данный план, то результаты расчетов ее плановой мощности указывают на гарантированное обеспечение эффективного оказания медицинской помощи на протяжении данного периода времени. Остальные медицинские организации проходят конкурсный отбор и, в дальнейшем, заключают договор на 3 года. На различные виды медицинской помощи (стационарная, реабилитационная, специализированная амбулаторная) заключаются отдельные договоры.

Примечательно, что в данной стране отсутствуют нормативы объемов предоставляемой медицинской помощи. Территориальные отделения Эстонского фонда медицинского страхования рассчитывают фактическую необходимость в определенных видах медицинской помощи для каждого уезда страны¹.

В Российской Федерации сроки действия договоров в сфере ОМС составляют 1 год².

Опыт заключения долгосрочных договоров с наиболее эффективными медицинскими организациями может быть благоприятным и для нашей страны. В целях планирования стабильного финансо-

¹ См.: Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкратова О. Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М., 2019. С. 67–69.

² См.: Приказ Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. 2021. 13 янв.; Приказ Минздрава России от 26 октября 2022 г. № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2022. 22 ноября; Приказ Минздрава России от 29 декабря 2020 г. № 1396н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2020. 31 дек.

вого обеспечения системы здравоохранения средствами ОМС представляется возможным заключение договоров между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи на трехлетний срок. Критериями отбора медицинских организаций для заключения таких договоров могут быть: материальное и техническое оснащение организации, опыт заключения договоров со страховой медицинской организацией, эффективность оказания медицинской помощи, кадровый потенциал медицинской организации.

Таким образом, планирование деятельности по поводу образования, распределения и использования средств ОМС является важным этапом финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС, от комплексности и добросовестности выполнения которого зависит эффективность всей системы предоставления бесплатной медицинской помощи. В ходе осуществления исследования выявлены и изложены факторы, влияющие на планирование объема необходимой бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам, на основе которых целесообразно осуществлять планирование финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС. Для их нормативного закрепления предложено внесение изменений в главу 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» посредством ее дополнения статьей 32.1 «Планирование финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи средствами обязательного медицинского страхования».

В настоящее время планирование оказания медицинской помощи, в том числе и ее финансовое обеспечение, осуществляется на очередной финансовый год и плановый период сроком в два года в рамках принятия бюджета ФОМС, бюджетов ТФОМС, программы государственных гарантий, территориальных программ государственных гарантий и фактически не имеет нормативно-правовой регламентации сама процедура планирования и критерии, подлежащие учету. Российское законодательство предусматривает долгосрочное бюджетное планирование, однако данные положения не относятся к государственным внебюджетным фондам. Принимая во внимание опыт иностранных государств, а также важность финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС, представляется необходимым формирование долгосрочных программных документов, содержащих комплексный план финансовых затрат на обеспечение предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС.

2.2. ПОЛНОМОЧИЯ ПО РАСПРЕДЕЛЕНИЮ СРЕДСТВ ОМС: ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ

В непрерывном цикле осуществления финансовой деятельности в сфере ОМС планирование финансового обеспечения неразрывно взаимосвязано с формированием и распределением специализированных денежных фондов ОМС. Формирование фондов ОМС осуществляется в рамках отношений по взиманию, администрированию и перечислению в бюджет ФОМС денежных средств, являющихся доходами его бюджета. В этих отношениях участвуют: страхователи для работающих граждан; налоговые органы, администрирующие уплату страховых взносов на ОМС работающих граждан; плательщики страховых взносов на ОМС неработающего населения; ФОМС, осуществляющий взимание страховых взносов на ОМС неработающего населения; ТФОМС, осуществляющие администрирование страховых взносов на ОМС неработающего населения; Федеральное казначейство России, реализующее полномочия по кассовому обслуживанию исполнения бюджета ФОМС.

Источниками формирования денежных фондов ОМС являются *доходы*: от уплаты страховых взносов на ОМС; от уплаты недоимок по страховым взносам; от начисленных пеней и штрафов; от размещения временно свободных средств; средства федерального бюджета, которые переданы в бюджет ФОМС (в случаях, установленных ФЗ), а также финансовые ресурсы бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемые в бюджеты территориальных фондов ОМС (такое предоставление происходит в регламентированных законом случаях¹, а также по инициативе региональных органов власти).

Распределение денежных средств осуществляется в целях выполнения возложенных расходных обязательств. В отношениях по распределению средств ОМС участвуют следующие субъекты: ФОМС, ТФОМС, комиссия по разработке территориальной программы ОМС (в нее входят представители органов исполнительной власти субъекта РФ, ТФОМС, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций))².

¹ См. ст. 21 Федерального закона № 326-ФЗ.

² Участие лиц, которых законодатель причисляет к разным категориям, именуемым «субъекты» и «участники» обязательного медицинского страхования, в одних и тех же общественных отношениях подтверждает позицию об отсутствии необхо-

Денежные средства ОМС распределяются для финансирования мероприятий в рамках программных актов (например, в соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения»¹, ведомственной целевой программой «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»²). ФОМС в ходе распределения предоставляет субвенции бюджетам ТФОМС в целях оказания бесплатной медицинской помощи и финансового обеспечения организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, субсидии федеральным государственным учреждениям для оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в рамках выполнения ими государственного задания, субсидии медицинским организациям частной системы здравоохранения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС.

До 2020 г. периодически из бюджета ФОМС также предоставлялись дотации федеральному бюджету в целях финансового обеспечения расходов на бесплатное оказание гражданам Российской Федерации ВМП, которая не включена в базовую программу ОМС (в 2017 г. – 6 000 000 тыс. руб.³; в 2018 г. – 6 000 000 тыс. руб.⁴, в 2019 г. – 6 240 000 тыс. руб.⁵).

Примечательно, что межбюджетные трансферты федеральному бюджету из ФОМС являются единственным случаем предоставления межбюджетных трансфертов из бюджетов государственных внебюджетных социальных фондов в иные бюджеты, не связанные с деятельностью данных фондов. Финансовые средства направля-

димости их разделения на две категории, высказанную автором в параграфе 1.3 рассматриваемого исследования.

¹ См.: Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в ред. от 16 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2018. № 1, ч. 2, ст. 373; 2022. № 49, ст. 867.

² См.: Приказ ФОМС от 9 декабря 2019 г. № 244 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

³ См.: Федеральный закон от 19 декабря 2016 г. № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» // СЗ РФ. 2016. № 52, ч. 5, ст. 7467.

⁴ См.: Федеральный закон от 5 декабря 2017 г. № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» // СЗ РФ. 2017. № 50, ч. 3, ст. 7539.

⁵ См.: Федеральный закон от 28 ноября 2018 г. № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (с изм. и доп. от 26 июля 2019 г. № 204-ФЗ) // СЗ РФ. 2018. № 49, ч. 1, ст. 7505; 2019. № 30, ст. 4106.

лись в федеральный бюджет в виде дотаций. В соответствии с законодательством¹, дотации предоставляются на безвозмездной, безвозвратной основе, направления использования данных финансовых средств не устанавливаются. Прозрачность этого решения как с позиции концепции финансирования ОМС, так и использования средств данной системы вызывает сомнения.

В дальнейшем в федеральных законах о бюджетах ФОМС законодателем не предусматривалось предоставление дотаций федеральному бюджету в целях финансового обеспечения расходов на оказание гражданам Российской Федерации ВМП, которая не включена в базовую программу ОМС. Финансирование оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, происходит путем субсидирования ФОМС федеральных государственных учреждений в рамках выполнения ими государственного задания и медицинских организаций частной системы здравоохранения. *Данное решение представляется более эффективным, чем предоставление ФОМС дотаций федеральному бюджету на эти же цели, так как позволяет обеспечить адресность предоставления ресурсов и контроль за их использованием со стороны специализированного субъекта (ФОМС), а не органа общей компетенции (Федерального казначейства).*

Особенностью системы ОМС является наличие самостоятельных государственных внебюджетных социальных фондов на территории каждого субъекта Российской Федерации – ТФОМС. Данные некоммерческие организации обособлены от ФОМС и выполняют некоторые функции страховщика в части реализации территориальных программ ОМС. Важной особенностью функционирования ТФОМС является их подотчетность не только ФОМС, но также и высшему исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации, так как они входят в систему органов управления регионального уровня (Положение, которое регламентирует деятельность ТФОМС, утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, но формируется оно на основании типовой формы²).

Первоначально, в конце 90-х гг. XX века, ТФОМС создавались в качестве специализированных финансово-кредитных учрежде-

¹ См. ст. 6 БК РФ.

² См.: Приказ Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (с изм. и доп. от 7 октября 2013 г. № 705н) // Российская газета. 2011. 11 февр.; 2014. 10 янв.

ний субъектов Российской Федерации для сбора взносов на ОМС в каждом субъекте Российской Федерации, осуществляющих сбор страховых взносов и некоторые иные функции страховщиков. После модернизации системы ОМС в России в 2011–2014 гг. было отменено разделение страховых взносов между ФОМС и ТФОМС. Все взносы аккумулируются Федеральным фондом ОМС и распределяются между территориальными фондами ОМС таким образом, чтобы было обеспечено выравнивание условий государственного финансирования медицинской помощи лицам в различных субъектах Российской Федерации исходя из фактических потребностей. Одновременно с этим, принятый в 2010 г. федеральный закон № 326-ФЗ повысил управляемость территориальными фондами ОМС со стороны ФОМС.

По результатам анализа законов субъектов Российской Федерации и постановления главы администрации города Байконур о бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов¹ выявлено, что доходы ТФОМС формируются, преимущественно, за счет субвенций ФОМС. Из восьмидесяти шести функционирующих ТФОМС доходы шестидесяти семи более, чем на 95 % состоят из субвенций ФОМС. Стоит отметить, что это не единичная практика и, например, по результатам анализа аналогичных нормативных правовых актов на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов выявлено, что из восьмидесяти шести функционирующих ТФОМС доходы шестидесяти четырех более, чем на 95 % состояли из субвенций ФОМС (см. Приложение 1,2). В этой связи можно согласиться с мнением, что сложившаяся

¹ См., например: Закон Ямало-Ненецкого автономного округа от 24 ноября 2022 г. № 102-ЗАО «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2022. 29 ноября; Закон Санкт-Петербурга от 29 ноября 2022 г. № 668-110 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Российская газета. 2022. 5 дек.; Закон Камчатского края от 28 ноября 2022 г. № 137 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Российская газета. 2022. 30 ноября; Закон Архангельской области от 20 декабря 2022 г. № 654-40-03 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Российская газета. 2022. 27 дек.; Закон Саратовской области от 28 ноября 2022 г. № 143-ЗСО «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Российская газета. 2022. 10 дек.

практика свидетельствует о неэффективном использовании иных предусмотренных законодательством источников доходов бюджетов ТФОМС¹.

Разница в финансовом обеспечении ТФОМС в различных субъектах Российской Федерации во многом обусловлена их экономическим положением, так как увеличение бюджета ТФОМС возможно, в основном, за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Данная ситуация доказывает прямую зависимость реальной возможности государства обеспечивать потребности населения в оказании качественной медицинской помощи от состояния национальной экономики².

Однако важным является также тот фактор, что формирование и утверждение тарифов на оплату медицинской помощи на территории определенного субъекта Российской Федерации осуществляется посредством заключения Тарифного соглашения по ОМС, действующего на территории конкретного субъекта РФ. Расчет тарифа осуществляется на основании подушевого норматива финансирования медицинской организации с учетом особенностей половозрастного состава населения, географических и климатических особенностей территории, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, транспортной доступности медицинских организаций, плотности населения на территории конкретного субъекта Российской Федерации³.

Установление тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на уровне субъектов Российской Федерации определяется тем, что тарифная политика должна учитывать специфику конкретной территории и структуру заболеваемости⁴. Так, в Кемеровской области показатель смертности от рака предстательной железы по состо-

¹ См.: *Петручак А. В.* Правовое регулирование доходов бюджетов и бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов городов федерального значения в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2020. С. 235.

² См.: *Фоменко В. В.* Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: дис. ... канд. экон. наук. Екатеринбург, 2015. С. 28.

³ См.: Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2022. 30 дек.; Письмо Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обеспечении территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 годы» // СПС «ГАРАНТ».

⁴ См.: *Налимов М. Ю., Филиппова В. И.* О новых подходах к тарифной политике в системе здравоохранения северной территории (ЯНАО) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2013. № 2. С. 189.

янию на 2019 г. составил 23,69 случая на 100 тыс. населения, что выше показателя по Сибирскому федеральному округу на 7 %¹).

В настоящее время система ОМС в России обладает признаками децентрализованности, в силу чего возникает проблема разницы тарифов на оказание различных видов медицинской помощи за счет средств ОМС в различных субъектах Российской Федерации, а также проблема их соответствия средним нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Например, *относительно оказания скорой медицинской помощи*: средний норматив на 1 вызов, установленный программой государственных гарантий на 2023 год, составляет 3288,9 руб.² В некоторых субъектах Российской Федерации норматив определен в таком же размере (например, Краснодарский край³, Кабардино-Балкарская Республика⁴, Республика Крым⁵). В некоторых других – в размере, превышающем средний норматив, установленный Программой государственных гарантий (например, в Саратовской области – 3292,2 руб.⁶, в г. Мо-

¹ См.: Луценко В. А., Вялова К. В., Бульбенко П. В., Железнякова И. А. Повышение доступности радионуклидной терапии рака предстательной железы в рамках системы обязательного медицинского страхования на региональном уровне: опыт Кемеровской области // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019. № 4 (38). С. 28.

² См.: Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2023. № 1, ч. 2, ст. 302.

³ См.: Закон Краснодарского края от 23 декабря 2022 г. № 4805-КЗ «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт ТФОМС Краснодарского края. URL: http://kubanoms.ru/_files/normativnaya_baza/zsk_doc/4805-kz.pdf

⁴ См.: Постановление Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 29 декабря 2022 г. № 293-ПП «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2023. 4 янв.

⁵ См.: Постановление Совета министров Республики Крым от 29 декабря 2022 г. № 1271 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым. URL: https://tfomsrk.ru/files/Ter_programma/TPGG2023.pdf

⁶ См.: Постановление Правительства Саратовской области от 30 декабря 2022 г. № 1372-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт ТФОМС Саратовской области. URL: http://www.sartfoms.ru/normativ/terprog/OOMS_Post1372_30122022.pdf

ске – 7 818,72 руб.¹, в Республике Калмыкия – 3450,06 руб.²). *Относительно медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях*: средний норматив финансовых затрат на 1 обращение по поводу заболевания, установленный программой государственных гарантий на 2023 год, составляет 1727,1 руб.³ Часть субъектов Российской Федерации устанавливают его в таком же размере (например, Краснодарский край⁴, Кабардино-Балкарская Республика⁵) или в более высоком объеме (например, в Саратовской области – 1769,8 руб.⁶, в г. Москве – 3 982,71 руб.⁷, в Республике Калмыкия – 1811,7 руб.⁸).

Аналогичная ситуация *относительно финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара*. Средний норматив на 1 случай лечения за счет средств ОМС, установленный Программой государственных гарантий на 2023 год, составляет 25 780,5 руб.⁹ Есть субъекты Российской Федерации с более низким нормативом (например, в Республике Крым – 25 048,5 руб.¹⁰, Республике Чувашия – 18 474,2 руб.¹¹), а также с более высоким нор-

¹ См.: Постановление Правительства Москвы от 29 декабря 2022 г. № 3044-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/targets/default/card/21.html>

² См.: Постановление Правительства Республики Калмыкия от 2 февраля 2023 г. № 34 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Калмыкия на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2023. 13 фев.

³ См.: Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2023. № 1, ч. 2, ст. 302.

⁴ См.: Закон Краснодарского края от 23 декабря 2022 г. № 4805-КЗ.

⁵ См.: Постановление Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 29 декабря 2022 г. № 293-ПП.

⁶ См.: Постановление Правительства Саратовской области от 30 декабря 2022 г. № 1372-П.

⁷ См.: Постановление Правительства Москвы от 29 декабря 2022 г. № 3044-ПП.

⁸ См.: Постановление Правительства Республики Калмыкия от 2 февраля 2023 г. № 34.

⁹ См.: Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2023. № 1, ч. 2, ст. 302.

¹⁰ См.: Постановление Совета министров Республики Крым от 29 декабря 2022 г. № 1271.

¹¹ См.: Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 30 декабря 2022 г. № 788 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2023 год и на плано-

мативом (например, в Республике Хакасия – 35 568,9 руб.¹, в г. Москве – 72 431,27 руб.², в Республике Саха (Якутия) – 85 540,63 руб.³). Относительно финансового обеспечения специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара: средний норматив на 1 случай госпитализации за счет средств ОМС, установленный Программой государственных гарантий на 2023 год, составляет 41 858,1 руб.⁴ В некоторых субъектах Российской Федерации установлены более низкие нормативы (например, в Ставропольском крае – 40 071,35 руб.⁵, в Республике Северная Осетия (Алания) – 40 710,6 руб.⁶) или более высокие (например, в г. Москве – 75 191,26 руб.⁷, в Республике Саха (Якутия) – 136 434,37 руб.⁸).

Примечательно также, что в отношении лечения каждого конкретного заболевания в каждом субъекте Российской Федерации установлен свой тариф. Так, лечение анемии (2 уровень) по тарифному соглашению Краснодарского края финансируется в размере

вый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2023. 6 янв.

¹ См.: Постановление Правительства Республики Хакасия от 19 января 2023 г. № 42 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Хакасия на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2023. 21 янв.

² См.: Постановление Правительства Москвы от 29 декабря 2022 г. № 3044-ПП.

³ См.: Постановление Правительства Республики Саха (Якутия) от 30 декабря 2022 г. № 845 «Об утверждении программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт ТФОМС Республики Саха (Якутия). URL: <https://sakhaoms.ru/upload/iblock/212/212d77d125a9c9151813e59b4c2e32be.pdf>

⁴ См.: Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2023. № 1, ч. 2, ст. 302.

⁵ См.: Постановление Правительства Ставропольского края от 31 декабря 2022 г. № 865-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2023. 9 янв.

⁶ См.: Постановление Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 20 декабря 2022 г. № 550 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Северная Осетия-Алания на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2022. 23 дек.

⁷ См.: Постановление Правительства Москвы от 29 декабря 2022 г. № 3044-ПП.

⁸ См.: Постановление Правительства Республики Саха (Якутия) от 30 декабря 2022 г. № 845.

96 995,16 руб.¹, по тарифному соглашению Саратовской области – 110 632,5 руб.² Анализ нормативов, установленных в тарифных соглашениях различных субъектов Российской Федерации позволяет установить значительные различия в количестве финансового обеспечения одних и тех же видов оказания медицинской помощи. Учитывая, что тариф состоит из множества факторов (в том числе и оплата труда врачей, обеспечение медицинскими инструментами, продуктами питания), разница в количестве финансового обеспечения оплаты оказания медицинской помощи в различных субъектах Российской Федерации определяет неравные условия для медицинских организаций и приводит к неравной доступности медицинской помощи для граждан и низкой эффективности предоставляемой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, имеющих нестабильное финансовое положение.

Тарифы на финансовое обеспечение отличаются также и при оказании наиболее сложного вида помощи – высокотехнологичной медицинской помощи. Так, финансовые затраты в рамках оказания ВМП по профилю «нейрохирургия» – метод лечения «микрохирургическое удаление опухоли» в Саратовской области в 2023 г. составляют 188 974 руб.³, а в Москве – 222 933,86 руб.⁴ за одну медицинскую операцию.

Статья 36 Федерального закона № 326-ФЗ регламентирует, что территориальная программа ОМС должна формироваться в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС. Однако в законодательстве отсутствует норма о том, что средние размеры финансового обеспечения оказания медицинской помощи, уста-

¹ См.: Приложение № 32 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края на 2023 год от 28 декабря 2022 года // Официальный сайт ТФОМС Краснодарского края. URL: <http://kubanoms.ru/zakon9.html>

² См.: Приложение 7 к тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области на 2023 год от 30 января 2023 г. URL: http://www.sartfoms.ru/tarifagreement/2023/2023-01-30/ooms_tariff_310123_7.pdf

³ См.: Приложение 11 к тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области на 2023 год от 30 января 2023 г. URL: http://www.sartfoms.ru/tarifagreement/2023/2023-01-30/ooms_tariff_310123_7.pdf

⁴ См.: Приложение 12 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов. Постановление Правительства Москвы от 29 декабря 2022 г. № 3044-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/targets/default/card/21.html>

новленные тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС, не могут быть ниже, чем средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ, установленные Программой государственных гарантий.

Примечательно, что разъяснения Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий содержат информацию о том, что субъект Российской Федерации имеет право устанавливать территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставляемой медицинской помощи, которые могут быть обоснованно ниже или выше средних нормативов, установленных Программой государственных гарантий¹. Однако при рассмотрении споров, вытекающих из подобных правоотношений, суды указывают, что Территориальная программа должна соответствовать Программе государственных гарантий, предусматривающей нормативы, которые рассчитаны как средние показатели и являются государственной гарантией равного права всех граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи, следовательно, не могут быть определены субъектами Российской Федерации в территориальных программах в меньшем размере².

Думается, что установление в тарифных соглашениях по ОМС, принимаемых в субъектах РФ, более низких средних размеров финансового обеспечения оказания медицинской помощи, чем указаны в Программе государственных гарантий, приводит к нарушению прав граждан на качественное оказание бесплатной медицинской помощи в равных условиях на территории Российской Федерации и снижению эффективности оказания бесплатной медицинской помощи в субъектах РФ с пониженными средними размерами финансового обеспечения оказания медицинской помощи.

Для устранения данной проблемы представляется необходимым внести изменения в ряд правовых актов:

1) абзац 3 пункта 1 разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации о формировании и экономическом обосно-

¹ См.: Письмо Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 – 2025 годы» // СПС «ГАРАНТ».

² См.: Определение Верховного Суда РФ от 11 февраля 2015 г. № 88-АПГ14-2. Банк судебных решений Верховного Суда РФ. URL: http://www.supcourt.ru/stor_pdf.php?id=1243826

вании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи дополнить следующим предложением: «Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние территориальные подушевые нормативы финансирования не могут быть ниже, чем средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средние подушевые нормативы финансирования, установленные Программой»;

2) часть 3 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» дополнить следующим положением: «Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленные в тарифном соглашении на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, не могут быть ниже, чем средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

В настоящее время систему ОМС составляют Федеральный фонд и территориальные фонды ОМС в каждом субъекте Российской Федерации. Средства, перечисляемые в качестве субвенций территориальным фондам ОМС для оплаты медицинской помощи рассчитываются с учетом численности населения и коэффициентов дифференциации¹. Однако дальнейшее распределение средств для непосредственной оплаты оказанной медицинской помощи осуществляется комиссией, на основе решений которой определяются объемы помощи, предоставляемые той или иной медицинской организацией. По мнению некоторых авторов, не всегда решения и действия таких комиссий в субъектах Российской Федерации бывают эффективными и оспорить их достаточно сложно². Судебная

¹ См. ст. 27 Федерального закона № 326-ФЗ; постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 «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» (в ред. от 24 ноября 2022 г.) // СЗ РФ. 2012. № 20, ст. 2559; 2022. № 49, ст. 8659.

² Так, Д. В. Бережков указывает на наличие ряда ограничительных условий для медицинских организаций частной системы здравоохранения при распределении комиссиями объемов предоставления медицинской помощи в рамках

практика свидетельствует о большом количестве случаев оспаривания медицинскими организациями решений комиссий по разработке территориальной программы ОМС как ненормативных правовых актов¹.

По результатам экспертно-аналитической работы Счетной палаты РФ также выявлены пробелы в работе таких комиссий. Так, механизм распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями недостаточно урегулирован, что приводит в результате к непрозрачности работы комиссий по разработке территориальной программы ОМС².

Необходимо также отметить, что ФОМС, выявляя ошибки и пробелы в территориальных программах ОМС, не обладает полномочиями в адрес органов исполнительной власти и ТФОМС по принуждению их к исправлению территориальных программ. Учитывая, что непосредственное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по ОМС по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС происходит страховой медицинской организацией, получается, что территориальный фонд ОМС, некоторым образом, дублирует полномочия Федерального фонда ОМС, однако напрямую ему не подчиняясь. Во многих странах, имеющих систему обязательного медицинского страхования (например: Германия³, Израиль⁴, Швейцария⁵, Эсто-

Территориальной программы ОМС: отсутствие представителей медицинских организаций частной системы здравоохранения в комиссиях по разработке Территориальной программы ОМС, что сказывается на решениях по объему распределяемой медицинской помощи и определению размеров тарифов; предпочтения государственным медицинским организациям; *Кадыров Ф. Н.* На вопросы отвечает Д. Э. Н. Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. 2017. № 6. С. 70.

¹ См.: *Гордеев Э. А.* Актуальные вопросы арбитражной практики в системе ОМС (опыт Санкт-Петербурга) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 3. С. 47.

² См.: Отчет Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования в 2019 году и истекшем периоде 2020 года при проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения» // Официальный сайт Счетной палаты РФ. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/9b0/9b06bc06ddedbd49a807822ad7cd21621.pdf>

³ См.: *Busse R., Blümel M., Knieps F., Bärnighausen T.* Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition // *Lancet*. 2017. № 390. P. 884; *Krüger S.* Krankenkassen in Deutschland. Private und gesetzliche Krankenversicherung. URL: <https://www.amazon.de/Krankenkassen-Deutschland-Private-gesetzliche-Krankenversicherung/dp/3668757062>

⁴ См.: *Rosen B, Waitzberg R, Merkur S.* Israel: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2015. P. 13.

⁵ См.: Federal Office of Public Health of Swiss Confederation. The compulsory health insurance system. Guide. Bundesamt für Gesundheit BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html>

ния¹⁾ отсутствуют территориальные органы власти или же отдельные территориальные фонды, обладающие функциями контроля и посредническими функциями между основным фондом, аккумулирующим все финансовые средства ОМС и организациями, осуществляющими непосредственную оплату (больничными кассами, страховыми медицинскими организациями).

Основная часть полномочий ТФОМС связана с управлением средствами ОМС на территории определенного субъекта Российской Федерации и проведением контроля объемов, сроков, условий и качества оказания бесплатной медицинской помощи². В связи с изменениями, внесенными федеральным законом от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ³, ФОМС в настоящее время осуществляет расходы в целях прямого финансирования оказания застрахованным лицам медицинской помощи, а также обладает полномочиями на: заключение договоров с медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи, формирование нормированного страхового запаса, проведение контроля объемов, сроков, условий и качества оказания медицинской помощи. Исходя из анализа Федерального закона № 326-ФЗ, Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования⁴ и Устава ФОМС⁵ можно сделать вывод, что на данный момент у ТФОМС нет таких полномочий, которые не мог бы выполнять ФОМС или его подразделение.

Специалистами высказывается мнение, что ФОМС выполняет весь необходимый функционал в ОМС при использовании государственных средств, а ТФОМС имеют право на существование только в качестве филиала ФОМС «на местах». ТФОМС в качестве самостоятельных структур «дробят систему» и «лишают ее возможности функционировать по единым принципам»⁶.

¹ См.: Описание системы здравоохранения Эстонии // Eesti Haigekassa. URL: <https://www.haigekassa.ee/ru/kontaktunkt/organizacia-sistemy-zdravoohranenia-estonii/opisanie-sistemy-zdravoohranenia-estonii>

² См. ст. 34 Федерального закона № 326-ФЗ.

³ См.: Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2020. № 50, ч. 3, ст. 8075.

⁴ См.: Приказ Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (с изм. и доп. от 7 октября 2013 г. № 705н) // Российская газета. 2011. 11 фев.; 2014. 10 янв.

⁵ См.: Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (в ред. от 21 июня 2022 г.) // СЗ РФ. 1998. № 32, ст. 3902; 2022. № 26, ст. 4494.

⁶ См.: Татаринов А. П., Мельникова Л. С. Оптимизация системы финансирования здравоохранения: обзор результатов анкетирования // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2016. № 2 (24). С. 45–46.

Затраты на ведение деятельности территориальных фондов ОМС также позволяют задуматься о необходимости оптимизации и реформирования их роли в механизме системы ОМС. Так, на расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ запланировано в 2023 г. в совокупности 18 889 792,3 тыс. руб.; на расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами – 13 406 284,03 тыс. руб.¹ ФОМС планирует потратить в 2023 г. на организацию системы ОМС 1 522 937,0 тыс. руб., а на выплаты персоналу – 763 508,4 тыс. руб.² Затраты на содержание всех ТФОМС превышают затраты на содержание ФОМС в 14 раз. Для сравнения стоит отметить, что в 2021 году было запланировано на расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ в совокупности 15 768 846,34 тыс. руб.; на расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами – 9 891 501,64 тыс. руб.³; ФОМС потратил в 2021 г. на организацию системы ОМС 898 739,5 тыс. руб., а на выплаты персоналу – 421 457,5 тыс. руб.⁴ Затраты на содержание всех ТФОМС в 2021 году превысили затраты на содержание ФОМС в 19 раз.

В настоящее время активно происходит цифровизация всех сфер функционирования государства, в том числе здравоохранения и системы ОМС. Так, в октябре 2020 г. Правительством Российской Федерации был выделен 1 млрд руб.⁵ в целях совершенствования государственной интегрированной информационной системы обязательного медицинского страхования и организации ее взаи-

¹ Полный анализ расходов ТФОМС на выполнение функций аппаратами и выплаты персоналу в 2023 году содержится в приложении 4.

² См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 3, ст. 8762.

³ Полный анализ расходов ТФОМС на выполнение функций аппаратами и выплаты персоналу в 2021 году содержится в приложении 3.

⁴ См.: Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 391-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // СЗ РФ. 2020. № 50, ч. 3, ст. 8036.

⁵ См.: Правительство выделило на цифровую трансформацию ФОМС миллиард рублей. Информационный портал «Медвестник» // URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vydelilo-na-cifrovuu-transformaciu-FOMS-milliard-rublei.html>

модействия с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения. Запланировано, что пользователи смогут формировать заявки на действия в системе ОМС через портал Госуслуги¹ (в настоящее время через данный портал возможно осуществление следующих действий: постановка на учет в системе ОМС в качестве застрахованного; получение сведений о страховании; выбор медицинской организации, ее смена, прикрепление к ней; получение сведений об оказанных медицинских услугах; приостановка действия полиса ОМС; восстановление застрахованного лица на учете в системе ОМС). В перечне систем для автоматизации процессов, среди прочих, значится «Система централизованного анализа данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования». Это открывает возможность большинство функций ТФОМС осуществлять централизованно. К их числу можно отнести полномочия по: обеспечению прав граждан; осуществлению контроля за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями; проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; информированию граждан о порядке защиты их прав; предъявлению в интересах застрахованных лиц требований к страхователю, страховой медицинской организации, медицинской организации; ведению реестров, сбору и обработке данных персонифицированного учета. Для их реализации не требуется наличие регионального социального внебюджетного фонда. Сотрудники, реализующие данные полномочия, могут находиться в другом субъекте Российской Федерации. Немаловажным является в данном случае доступ к данным, содержащимся в системе. Интересным примером для понимания возможности автономной работы с большим количеством данных может являться деятельность финансового уполномоченного. Так, подготовку к рассмотрению финансовым уполномоченным обращений потребителей финансовых услуг осуществляет Автономная некоммерческая организация «Служба обеспечения деятельности финансового уполномоченного» (далее – АНО «СОДФУ»). В 2022 г. в АНО СОДФУ поступило 153 168 обращений². Подготовка обраче-

¹ См.: Сервис «Мое здоровье» // Единый портал государственных и муниципальных услуг «ГОСУСЛУГИ». URL: <https://www.gosuslugi.ru/category/health>

² См.: Служба финансового уполномоченного. Отчет о деятельности за 2022 год. URL: <https://finombudsman.ru/assets/templates/sodfu/img/news/files/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%BE%20%D0%B4%D0%B5%D1%8F%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D0%B2%202022%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D1%83.pdf>.

ний, поданных на всей территории Российской Федерации, к рассмотрению финансовым уполномоченным осуществляется только четырьмя организациями: центральный офис АНО «СОДФУ» в г. Москва; филиал № 1 АНО «СОДФУ» в г. Саратов; филиал № 2 АНО «СОДФУ» в г. Санкт-Петербург; филиал № 3 АНО «СОДФУ» в г. Нижний Новгород. Пример успешного осуществления деятельности АНО «СОДФУ» может свидетельствовать о наличии возможности выполнения части функций территориальных фондов обязательного медицинского страхования в автономном режиме. Данная ситуация еще раз подчеркивает отсутствие необходимости в отдельно функционирующих ТФОМС как самостоятельных организациях.

Думается, что наиболее эффективно территориальные фонды ОМС будут осуществлять деятельность находясь под управлением Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Представляется необходимой дальнейшая научная проработка возможности преобразования территориальных фондов обязательного медицинского страхования в территориальные подразделения Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Одним из проблемных аспектов распределения средств ОМС является реализация возможности направления этих ресурсов в частную систему здравоохранения. В целях создания условий для развития конкуренции между хозяйствующими субъектами в сфере здравоохранения и применения результативных и эффективных мер по развитию конкуренции в интересах застрахованных лиц в области ОМС нормативными актами предусмотрено включение негосударственных (немуниципальных) медицинских организаций в реализацию территориальных программ ОМС. Однако отмечается широкое распространение неравного распределения объемов предоставления медицинской помощи в рамках ОМС между государственными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями. Объемы такого распределения медицинской помощи определяются решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС¹, которая зачастую действует в интересах государственной системы здравоохранения.

Недопущение ограничения конкуренции справедливо рассматривается как важнейшее стратегическое направление функционирования государства². В деятельности медицинских организаций

¹ См. ст. 36 Федерального закона № 326-ФЗ.

² См.: Гриценко В. В., Бабылкина Е. В. Конституционные основы контрактной системы в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд // Конституционализм и государствоведение. 2019. № 4 (16). С. 45.

наличие конкуренции напрямую влияет на качество оказания услуг и медицинской помощи.

Данная проблема и иные сложности в работе частных медицинских организаций при предоставлении медицинской помощи в рамках ОМС имеют широкое распространение¹. Так, Д. В. Кучина обращает внимание на то, что в Иркутской области лишь небольшое количество частных организаций оказывают медицинскую помощь в рамках ОМС. Объем предоставляемых услуг сильно ограничен из-за небольшого размера квот, при этом спрос на услуги частных клиник остается высоким². Н. Н. Лайченкова, С. А. Нефедова указывают на необходимость создания условий, способствующих развитию частной системы здравоохранения и отмечают в качестве проблем сложную систему аккредитации и лицензирования частных медицинских организаций и отсутствие надлежащего законодательного регулирования рынка частной медицины³. М. Г. Москвичева, С. Л. Кремлев, Д. В. Бережков подчеркивают, что невысокий удельный вес частных медицинских организаций Челябинской области, которые участвуют в территориальной программе государственных гарантий, свидетельствует о неиспользованных возможностях здравоохранения региона в государственно-частном взаимодействии⁴. Неравное распределение объемов предоставления медицинской помощи в рамках ОМС между государственными и частными медицинскими организациями становится предметом большого количества судебных споров⁵.

За последние пять лет ФАС выявила многочисленные нарушения антимонопольного законодательства в данной сфере. В некото-

¹ См.: Данцигер Д. Г., Говор Р. А., Филимонов С. Н., Андриевский Б. П., Часовников К. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении Новокузнецка: итоги трехлетнего опыта работы медицинского центра «Гранд Медика» // МвК. 2020. № 3. С. 64; Нефедова С. А. Участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как механизм государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения // Ленинградский юридический журнал. 2018. № 1 (51). С. 204.

² См.: Кучина Д. В. Анализ распределения квот ОМС между государственными и частными медицинскими учреждениями // Бизнес-образование в экономике знаний. 2020. № 1 (15). С. 62.

³ См.: Лайченкова Н. Н., Нефедова С. А. Проблемы становления института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации // Ленинградский юридический журнал. 2017. № 1 (47). С. 121.

⁴ См.: Москвичева М. Г., Кремлев С. Л., Бережков Д. В. Анализ деятельности частных медицинских организаций Челябинской области в системе обязательного медицинского страхования // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017. № 5. С. 56.

⁵ См.: Гордеев Э. А. Актуальные вопросы арбитражной практики в системе ОМС (опыт Санкт-Петербурга) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 3. С. 48.

рых случаях предупреждения антимонопольных органов приводят к пересмотру объемов распределенной медицинской помощи. Так, Управлением Федеральной антимонопольной службы по Удмуртской Республике выявлено распределение на дискриминационных условиях объемов оказания медицинской помощи по программе ОМС по ряду профилей¹. ФАС усмотрела в деятельности Комиссии по разработке территориальной программы ОМС Краснодарского края признаки нарушения антимонопольного законодательства и выдала предупреждение о необходимости прекращения действий, содержащих признаки дискриминационного распределения объемов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС. На основании данного предупреждения было принято решение о пересмотре объемов медицинской помощи в 2018 г. для медицинских организаций города Сочи, которые оказывают медицинскую помощь по профилю «Офтальмология»².

Однако возникают и спорные ситуации. ФАС полагает, что комиссия по разработке территориальной программы ОМС должна распределять медицинскую помощь не произвольно, а согласно законодательно закрепленным критериям. Решение о выделении конкретного объема помощи должно быть мотивировано не только принципом сбалансированности распределения между медицинскими организациями субъекта РФ в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, но также и применимыми к конкретной организации показателями.

Критерии распределения объемов предоставления медицинской помощи являются требованиями, предъявляемыми к медицинской организации, на основании соответствия которым Комиссией может быть принято решение о выделении определенного объема для оказания медицинской помощи в рамках ОМС. Перечень критериев, в соответствии с которыми распределяются объемы предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, установлен в пункте 11 Положения о деятельности комиссий по разработке территориальной программы ОМС³.

¹ См.: Соблюдение государственных гарантий граждан в сфере ОМС. Управление Федеральной антимонопольной службы по Удмуртской Республике. URL: <https://udmurtia.fas.gov.ru/news/18441>

² См.: Доклад Федеральной антимонопольной службы о состоянии конкуренции в Российской Федерации за 2018 год (версия 27.09.2019). URL: <https://fas.gov.ru/documents/685806>

³ См.: Положение о деятельности комиссий по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Приложение № 1 к Правилам

К ним относятся: количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинской организации, показатель объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, количество диагностических / консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи, соотношение оказанных объемов медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями, наличие ресурсного обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи, необходимость внедрения новых медицинских услуг, достаточность мощности медицинской организации для выполнения заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи.

Вопрос относительно критериев распределения объемов предоставляемой медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС между государственными и частными медицинскими организациями, а также необходимости расширения участия последних в системе ОМС не является завершенным и требует дальнейшего исследования.

Проведенным в этой части исследованием установлено следующее. Деятельность субъектов по формированию и распределению финансовых средств ОМС направлена на реализацию цели финансово-правового регулирования ОМС и непосредственное использование финансовых ресурсов для предоставления бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам.

Страхователи работающих и неработающих граждан, ФОМС, налоговые органы и Федеральное казначейство участвуют в отношениях по формированию денежных фондов ОМС. Отношения по распределению средств ОМС осуществляются между субъектами, распределяющими и получающими данные средства. Полномочия по распределению средств ОМС присутствуют в финансово-правовом статусе ФОМС, ТФОМС, а также субъектов, составляющих комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Получателями денежных средств в рассматриваемых отношениях являются государственные и частные медицинские организации.

В деятельности субъектов в рамках отношений по распределению денежных средств ОМС вопросы к эффективности вызывает функционирование ТФОМС. По результатам анализа законов

обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2022. 30 дек.

о бюджетах ТФОМС всех субъектов Российской Федерации обнаружено, что бюджеты данных фондов, зачастую, более чем на 95 % состоят из субвенций ФОМС. Другие источники доходов бюджетов ТФОМС используются редко, в ограниченном количестве субъектов Российской Федерации или же не используются совсем.

Выявлена проблема различия тарифов на оказание скорой помощи, медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, госпитализации, ВМП за счет средств ОМС в различных субъектах Российской Федерации и предложен возможный вариант ее решения.

При непосредственном финансовом обеспечении оказания медицинской помощи по ОМС, которое осуществляется страховой медицинской организацией или ФОМС, возникает дублирование территориальным фондом ОМС полномочий ФОМС. Обосновано мнение о том, что более эффективно территориальные фонды ОМС будут осуществлять деятельность находясь под управлением Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Представляется необходимой дальнейшая научная проработка возможности преобразования территориальных фондов обязательного медицинского страхования в территориальные подразделения Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В целях развития конкуренции и повышения качества оказания медицинской помощи за счет средств ОМС является важным привлечение в систему обязательного медицинского страхования не только государственных учреждений здравоохранения, но и частных медицинских организаций. Для этого представляется необходимым увеличить общую долю медицинских организаций частной системы здравоохранения, которые участвуют в реализации территориальных программ ОМС, и установить пороговое значение таких организаций в размере не менее 15 процентов. Важным представляется также осуществление страховыми медицинскими организациями контроля за деятельностью медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих медицинскую помощь лицам за счет средств обязательного медицинского страхования, и формирование цифровой системы приема жалоб на оказание некачественной медицинской помощи.

**ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**3.1. ФИНАНСОВО-ПРАВОВЫЕ СТАТУСЫ СУБЪЕКТОВ
ПРАВООТНОШЕНИЙ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СРЕДСТВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Система финансового обеспечения здравоохранения за счет средств ОМС характеризуется организационно-экономическим отделением плательщиков и поставщиков медицинских услуг друг от друга. Взаимодействие между этими субъектами строится на контрактной основе, что позволяет финансировать деятельность медицинских учреждений не в соответствии со сметой расходов, а по результатам работы данных учреждений¹.

Право застрахованных лиц на оказание бесплатной медицинской помощи реализуется на основании заключенных между субъектами правоотношений по обязательному медицинскому страхованию *договоров*: договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, договора о финансовом обеспечении ОМС, договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (заключается с 2021 г.).

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между ТФОМС, медицинской организацией и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС. Данный договор предусматривает обязанность медицинской организации оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС в случае, если медицинская помощь оказывается в пределах территории субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС, и обязанность страховой медицинской организации по оплате оказанной медицинской помощи. Договор также может предусматривать обязанность медицинской организации оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках базовой программы ОМС в случае, если медицинская помощь оказывается

¹ См.: Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницкой, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. С. 332.

за пределами территории субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС, и обязанность ТФОМС оплатить указанную медицинскую помощь.

Между ТФОМС и страховой медицинской организацией заключается соглашение о финансовом обеспечении ОМС. Одной из сторон в этом договоре выступает организация, обладающая властными полномочиями, предусмотренными законодательством и действующая в публичном интересе, в том числе в целях реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъектов Российской Федерации – территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Властные функции ТФОМС связаны с осуществлением контроля за деятельностью страховых медицинских организаций. В случае выявления нарушений договорных обязательств ТФОМС имеет право на применение санкций имущественного характера по отношению к страховым медицинским организациям¹.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС заключается между ФОМС и медицинской организацией, включенной в единый реестр медицинских организаций и подведомственной федеральному органу исполнительной власти. В соответствии с данным договором медицинская организация обязана оказать медицинскую помощь в рамках предоставленных ей объемов и по установленным тарифам, а ФОМС обязуется оплатить оказанную медицинскую помощь.

Определение правовой природы договоров, заключаемых в целях реализации права застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС, является дискуссионным вопросом.

Данные договоры рассматриваются в частно-правовом смысле как соглашения между двумя или несколькими лицами об установлении, изменении или же прекращении гражданских прав и обязанностей² или в публичном смысле в рамках концепции публичного договора в публичных отраслях права, в том числе и в финансовом праве. Публичный договор в финансовом праве определяется как соглашение двух или более субъектов, один из которых – орган публичной власти, направленное на реализацию публичного интере-

¹ См. ст. 38 Федерального закона № 326-ФЗ.

² См.: Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. от 24 июля 2023 г.) // СЗ РФ. 1994. № 32, ст. 3301; 2023. № 31, ч. 3, ст. 5773.

са и регулирующее финансовую деятельность государства и органов местного самоуправления¹.

Отмечается повышение значимости договорной формы регламентации публичных отношений². Хотя данная тенденция имеет и другую оценку, как постепенное стирание границ между публичными и частными интересами³.

Частноправовая природа публичного договора в финансовом праве выражается в достижении баланса между необходимостью реализации задач, которые предписаны государством, и свободой усмотрения сторон договора, а также в согласовании интересов участников договора. Поэтому отмечаемой характеристикой публичного договора является то, что его предмет регулируется нормативно. Субъекты финансовых правоотношений вступают в договорные отношения между собой в законодательно предусмотренных случаях⁴. Отношения, составляющие предмет такого договора, возникают в связи с движением публичных денежных средств, сочетают публично-правовые и гражданско-правовые черты и обладают «властно-имущественным характером»⁵. По мнению О. В. Веремеевой, этим объясняется возможность того, что участниками публичного договора, который применяется в финансовом праве, могут быть не только публичные (властные) субъекты, но и частные субъекты. В данном случае наряду с ТФОМС (публичным субъектом) в таких договорных финансовых правоотношениях участвуют частные субъекты – страховые медицинские организации.

В качестве основных признаков финансового договора как одного из видов публичных договоров правоведами выделяются: регулирование нормами финансового права, своеобразный предмет договора – денежные средства, имущество, в качестве собственника которого выступает специфический субъект, например, государство или субъект Российской Федерации; особый состав участников (один из участников – властный субъект, являющийся собственником публичных денежных средств или наделенный полномочиями

¹ См.: Горлова Е. Н. Публичный договор в финансовом праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2010. С. 8.

² См.: Лупарев Е. Б., Добробаба М. Б., Мокина Т. В. Общая теория публичных правоотношений: монография. М.: Юрлитинформ, 2011. С. 228.

³ См.: Покачалова А. С. Договор об обязательном пенсионном страховании: гражданско-правовой аспект: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2014. С. 67.

⁴ См.: Веремеева О. В. О специфике публичных договоров в финансовом праве: некоторые вопросы теории и практики // Финансовое право. 2019. № 6. С. 14.

⁵ См.: Андриевский К. В. Финансовый договор как разновидность публичного договора // Евразийская адвокатура. 2018. № 1 (32). С. 102.

на управление оборотом публичных денежных средств¹). Противоположная сторона публично-правового договора является в публично-правовой сфере выразителем общественных интересов². В случае с договорами в сфере ОМС выразителями общественных интересов будут являться страховые медицинские организации (в договоре о финансовом обеспечении ОМС), так как они обязуются оплатить медицинскую помощь, которая осуществлена в пользу застрахованных лиц, а также медицинские организации (в договорах на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС), так как они непосредственно оказывают медицинскую помощь застрахованным лицам и выражают общественный интерес на реализацию механизма предоставления бесплатной медицинской помощи).

Выделяются также и индивидуально-правовые договоры в финансовом праве, как соглашения с участием уполномоченных органов власти (государственных или муниципальных), в которых закрепляется согласованное волеизъявление сторон, содержатся обязательные для этих сторон индивидуальные предписания в целях регулирования финансовых отношений. Индивидуально-правовые договоры в финансовом праве определяются как разновидность публично-правовых договоров³.

Отечественными учеными (Н. Г. Александров, В. В. Иванов, Ш. В. Калабеков, Р. О. Халфина) выработаны общетеоретические определения и характерные признаки договора как общеправовой конструкции. Среди универсальных признаков договорных актов выделяются: обособленность, автономия волеизъявления сторон, формальное равенство (равноправие) субъектов⁴, обеспечение исполнения договора возможностью применения государственного принуждения⁵. Однако признаки свободы волеизъявления и равенства сторон в традиционном понимании не являются характерными для публично-правовых договоров. По мнению правоведов, в финансовом праве представляется возможным говорить лишь

¹ См.: *Андривеский К. В.* Финансовый договор как разновидность публичного договора // *Евразийская адвокатура.* 2018. № 1 (32). С. 98–102.

² См.: *Тихомиров Ю. А.* Публичное право. М.: БЕК, 1995. С. 183–184.

³ См.: *Еремин С. Г.* Договор в финансовом праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2008. С. 13.

⁴ См.: *Иванов В. В.* К вопросу об общей теории договора // *Государство и право.* 2000. № 12. С. 78.

⁵ См.: *Калабеков Ш. В.* О понимании конструкции «договор» // *Юристь.* 2003. № 11. С. 16–17.

о формальном равенстве сторон. Вследствие этого значительно ограничивается свобода договора. В подавляющем большинстве случаев при заключении публичного договора одна из сторон не обладает иной возможностью достижения определенной цели, иначе чем заключение договора определенного вида, на определенных условиях и с определенным контрагентом¹. Д. Н. Бахрах указывает, что в публично-правовом договоре равенство сторон состоит не в объеме их прав и обязанностей, а в существовании равных для них возможностей влиять на возникновение, изменение или прекращение правоотношений². Получается, что полное договорное равноправие возможно только в случаях, когда публично-правовой договор заключается между субъектами с однопорядковой правосубъектностью. В иных случаях – равноправие сторон в публично-правовом договоре является условным³.

В отношении правовой природы договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС существуют различные мнения ученых. Так, А. В. Винницкий⁴ полагает, что он принадлежит к категории публично-правовых договоров. Некоторые авторы⁵ указывают на его гражданско-правовую природу и социально-обеспечительный характер. Так, С. В. Сидоров, Н. Ю. Чернущь обосновывают это тем, что конструкция договоров, предусмотренных статьями 37-39 Федерального закона № 326-ФЗ предполагает автономию воли, равенство и имущественную самостоятельность сторон⁶.

Не в полной мере с этим можно согласиться. Заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС происходит в целях реализации публичных интересов по оказанию бесплатной медицинской помощи населению. Стороны договора не обладают свободой волеизъявления при заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В соответствии со статьей 39 Федерального закона № 326-ФЗ, у страховых

¹ См.: Горлова Е. Н. Понятие и признаки публичного договора в финансовом праве // Актуальные проблемы российского права. 2009. № 3. С. 194–203.

² См.: Бахрах Д. Н. Очерки теории российского права. М., 2008. С. 243.

³ См.: Морозов Н. Л. Договорные отношения в публично-правовой сфере: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2006. С. 15.

⁴ См.: Винницкий А. В. Публичная собственность. М.: Статут, 2013. 732 с.

⁵ См.: Лушников А. М., Лушникова М. В., Тарусина Н. Н. Договоры в сфере семьи, труда и социального обеспечения. М., 2010. С. 385; Рощенко Н. В. Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС // Медицинское право. 2018. № 3. С. 35–39.

⁶ См.: Сидоров С. В., Чернущь Н. Ю. Правовая природа договоров в сфере обязательного медицинского страхования // Российский юридический журнал. 2017. № 3. С. 164–171.

медицинских организаций отсутствует правомочие отказа в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинской организации, которая выбрана застрахованным лицом и включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих реализацию территориальной программы ОМС. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС также заключается только с определенными субъектами. Ими являются только медицинские организации, отвечающие трем важным признакам: нахождение в едином реестре медицинских организаций, подведомственность федеральному органу исполнительной власти, наличие установленного распределенного между медицинскими организациями объема предоставления медицинской помощи.

Отсутствует также и свобода сторон в определении условий договора. В финансовых правоотношениях по обеспечению оказания медицинской помощи за счет средств ОМС договорные отношения между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, ТФОМС, ФОМС четко регламентированы федеральным законом № 326-ФЗ и типовой формой соответствующего договора. Этими актами установлен весь перечень прав, обязанностей и ответственности участников данных правоотношений. Типовые договоры на финансовое обеспечение ОМС, на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС имеют нормативный характер и утверждены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения¹. Расторжение договора является возможным только по основаниям, которые предусматриваются законом и типовой формой договора. Право на односторонний отказ от исполнения договора также ограничено.

Некоторые авторы гражданско-правовую природу этих договоров усматривают в их возмездности, поскольку средства ОМС яв-

¹ См.: Приказ Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. 2021. 13 янв.; Приказ Минздрава России от 26 октября 2022 г. № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2022. 22 нояб.; Приказ Минздрава России от 29 декабря 2020 г. № 1396н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2020. 31 дек.

ляются платой за предоставленную медицинскую помощь¹. Однако важно отметить, что эти средства имеют целевой характер. Так, Конституционный Суд РФ отметил, что средства ОМС в системе действующего правового регулирования имеют особое публичное предназначение, поэтому медицинские организации, получая данные денежные средства, должны обеспечить их целевое использование, потратить их именно на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, а не на те цели, которые им могут показаться более важными².

Необходимость и возможность применения договорной формы регламентации финансовых правоотношений позволяет: во-первых, привлекать частных субъектов к выполнению публичных функций; во-вторых, реализовывать волю публичного субъекта, в том числе осуществлять контроль в разной степени, которая конкретизируется типовым договором и законодательством. Данная правовая конструкция несет в себе диспозитивный метод, позволяющий сформировать наиболее рациональную модель реализации императивного предписания. К. В. Андриевский в этой связи полагает, что такая форма правового регулирования играет обеспечительную роль в реализации велений, исходящих от публичного субъекта³.

Таким образом, правовая конструкция и характерные черты договоров в сфере ОМС (договор о финансовом обеспечении ОМС, договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС) дают возможность утверждать о том, что они регулируют не гражданско-правовые, а финансовые правоотношения, не могут рассматриваться в традиционном понимании с позиции гражданского права и являются публичными финансово-правовыми договорами.

Использование средств ОМС происходит не только на территории России. Одним из территориальных фондов является ТФОМС, расположенный на территории города Байконур.

¹ См.: *Роценко Н. В.* Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС // *Медицинское право.* 2018. № 3. С. 35–39.

² См.: Определение Конституционного Суда РФ от 24 октября 2013 г. № 1648-О «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» // СПС «КонсультантПлюс».

³ См.: *Андриевский К. В.* Финансовый договор как разновидность публичного договора // *Евразийская адвокатура.* 2018. № 1 (32). С. 98.

Город Байконур представляет собой административно-территориальную единицу Республики Казахстан, которая функционирует в условиях аренды¹. На период аренды город Байконур в целях регулирования отношений с Российской Федерацией наделяется статусом, который соответствует городу федерального значения Российской Федерации (однако при этом он не является субъектом Российской Федерации). По мнению С. В. Нарутто, юридический статус территории города Байконур является уникальным и не имеет аналогов в мире².

Вопросы правового регулирования финансирования предоставления медицинской помощи на данной территории являются актуальными и дискуссионными в настоящее время. Так, фактически, город Байконур является публично-правовым образованием вне территории России с российской юрисдикцией и полномочиями равными статусу субъекта Российской Федерации. Полномочия исполнительных органов власти г. Байконура по формированию, представлению в Правительство РФ проекта бюджета города, организации исполнения данного бюджета³, осуществлению функций распорядителя кредитов при исполнении бюджета, организации формирования, утверждения и исполнения бюджета ТФОМС г. Байконур⁴ свидетельствуют о том, что данное публично-правовое образование является субъектом бюджетных отношений, регламентированных Бюджетным кодексом РФ⁵. Наличие юридических прав и обязанностей города Байконур в бюджетной сфере вытекает из Соглашения между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе этого города, порядке формирования и статусе его органов испол-

¹ См.: Соглашение между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти от 23 декабря 1995 г. // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2018. 20 фев.

² См.: Территория в публичном праве / И. А. Алебастрова, И. А. Исаев, С. В. Нарутто и др. М.: Норма, Инфра-М, 2013. С. 105.

³ См., например: Постановление Главы администрации от 24 ноября 2022 г. № 420 «О бюджете города Байконур на 2023 год» // Официальный сайт администрации города Байконур. URL: http://www.upravlenie-finansov-baikonur.ru/statija/pga_420_24-11-2022/

⁴ См., например: Постановление Главы администрации города Байконур от 19 декабря 2022 г. № 451 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур на 2023 год» // Официальный сайт администрации города Байконур. URL: <http://www.baikonuradm.ru/index.php?mod=npb1&npbid=6105>

⁵ См.: Финансовое право: учебник / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачалова. С. 195.

нительной власти. Вступая в правоотношения с Российской Федерацией, например, по поводу предоставления межбюджетных трансфертов, данное публично-правовое образование становится участником (субъектом) бюджетных правоотношений. Однако Бюджетный кодекс Российской Федерации не содержит ни одного упоминания о г. Байконур и не закрепляет возможности предоставления бюджетно-правового статуса на основании международных соглашений.

В связи с непосредственным участием данного публично-правового образования в бюджетных правоотношениях с Российской Федерацией представляется явным наличие *особого бюджетно-правового статуса временно арендованных территорий другого государства*. Необходимо закрепление данного статуса посредством внесения изменений в ряд статей Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Отметим, что органами власти рассматриваемого публично-правового образования фактически выполняются бюджетные полномочия субъектов РФ, однако не все из указанных в статье 8 БК РФ. Это связано с тем, что территория города Байконур не подразделяется на отдельные территориальные образования. Анализ Соглашения о статусе города Байконур позволяет констатировать в нем наличие бюджетных полномочий. Для покрытия дефицита бюджета города Байконур предусмотрено оказание прямой финансовой помощи со стороны федерального бюджета на безвозмездной основе путем предоставления субсидий, субвенций и дотаций. Бюджетный кодекс Российской Федерации не закрепляет такой возможности для временно арендованной Россией территории другого государства, несмотря на то, что фактически данные правоотношения существуют. Так, в федеральном законе от 5 декабря 2022 г. № 466-ФЗ «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»¹ утверждены бюджетные ассигнования на предоставление межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету города Байконура на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

Межбюджетные отношения складываются также между бюджетом ФОМС и бюджетом ТФОМС города Байконур, в рамках которых предоставляются средства в форме субвенций. Так, в 2023 г. в бюд-

¹ См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 466-ФЗ «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 1, ст. 8760.

жет ТФОМС города Байконур такие субвенции планируется предоставить на сумму 524 097,9 тыс. руб.¹

Согласно Бюджетному кодексу РФ, международные договоры, регламентирующие бюджетные отношения, имеют приоритет. Однако представляется необходимым закрепление комплекса общих положений в БК РФ. В целях обозначения четких границ правового регулирования бюджетных правоотношений между Российской Федерацией и арендованными территориями представляется необходимым дополнить Бюджетный кодекс Российской Федерации статьей 8.1 следующего содержания: *«Статья 8.1. Бюджетные полномочия публично-правовых образований, представляющих собой временно арендованную Россией территорию другого государства. Публично-правовое образование, представляющее собой временно арендованную Россией территорию другого государства, имеет собственный бюджет и бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, наделяется бюджетными полномочиями в соответствии с заключенным международным договором и принятыми в его исполнение федеральными законами. Бюджету такого публично-правового образования, а также бюджету его территориального фонда обязательного медицинского страхования могут быть предоставлены межбюджетные трансферты».*

В настоящее время происходит широкое развитие цифровизации экономических и иных общественных отношений². Данный процесс является переплетением социальных, экономических, политических, информационных, культурных отношений, базирующихся на четком системном правовом регулировании³. Первоочередная цифровая трансформация необходима нескольким сферам функционирования государства, в том числе и здравоохранению.

¹ См.: Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // СЗ РФ. 2022. № 50, ч. 3, ст. 8762.

² См.: Лайченкова Н. Н., Литвинова Ю. М. Трансформация правовых основ в эпоху примата цифровых технологий // Ленинградский юридический журнал. 2019. № 2 (56). С. 34.

³ См.: Гриценко В. В. Цифровая экономика как механизм повышения эффективности государственного управления в Российской Федерации // Право и власть: основные модели взаимодействия в многополярном мире: сб. тр. междунар. науч.-практ. конф. (2–3 июня 2017 г.) [редкол.: В. В. Денисенко (отв. ред.), М. А. Беляев]. Воронеж: Наука- ЮНИПРЕСС, 2017. С. 187; Лайченкова Н. Н. Нормативно-правовое обеспечение цифровизации региона (на примере Саратовской области) // Цифровизация экономики России: институты, механизмы, процессы: коллективная монография. Саратов: Саратов. соц.-экон. ин-т (филиал) ФГБОУ ВО «Российский экономический университет им. Г. В. Плеханова», 2019. С. 136.

Одной из составляющих процесса цифровизации является внедрение инновационных методов предоставления медицинской помощи, в частности телемедицинских технологий. Федеральным законом от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» (далее – федеральный закон № 242-ФЗ)¹ предусмотрены общие положения об информационном обеспечении в сфере здравоохранения, о телемедицинских технологиях и особенностях медицинской помощи, которая оказывается с применением таких технологий. Результатом принятия данного Федерального закона и внедрения телемедицинских технологий должны стать повышение качества диагностики и оказания медицинских услуг в России. Однако, успешность решения данной задачи во многом определяется эффективностью правового регулирования финансового обеспечения применения телемедицинских технологий.

Представляет интерес зарубежный опыт применения телемедицинских технологий. Такие технологии активно используются в системах здравоохранения Великобритании, Израиля, Соединенных Штатов Америки. Зарубежными учеными разрабатываются проблемы реализации телемедицинских проектов в оказании различных видов медицинской помощи (например, в области хронической сердечной недостаточности), а также вопросы использования телемедицинских технологий при оказании неотложной медицинской помощи детям². В зарубежных странах телемедицинские технологии активно применяются для лечения заболеваний, а в России пока что только для диагностирования.

Процесс внедрения телемедицинских технологий в систему здравоохранения в России начат совсем недавно. Российскими учеными разрабатываются образовательные аспекты телемедицины³, вопросы распределения ответственности за некачественное оказа-

¹ См.: Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» // СЗ РФ. 2017. № 31, ч. 1, ст. 4791.

² См.: *Andres E., Talha S., Hajjam M., Hajjam A.* State of Art of the French Telemedicine Projects in the Field of Chronic Heart Failure. *J Clin Med Ther.* 2018; 3:8; *Waisman Y.* Telemedicine in Pediatric Emergency Care: An Overview and Description of a Novel Service in Israel. *J Intensive & Crit Care.* 2016, 2:2.

³ См.: *Владимирский А. В.* Образовательные аспекты телемедицины // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2018. № 1-2 (6-7). С. 45.

ние телемедицинских консультаций¹, методики диагностирования заболеваний при помощи телемедицинских технологий². Юридические аспекты механизма финансового обеспечения внедрения телемедицины также являются актуальными, поскольку требуется закрепление порядка ее финансирования.

Федеральный закон № 242-ФЗ, который устанавливает возможность применения телемедицинских технологий на территории России, не определяет, на какой основе гражданам могут оказываться консультации с их применением: бесплатной или платной. В действующем законодательстве (Федеральный закон № 323-ФЗ и Федеральный закон № 326-ФЗ) вопросы финансового обеспечения расходов на осуществление телемедицинских консультаций также не регламентированы.

В федеральном законе № 242-ФЗ указано, что организация и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий предусматривается в порядке, который устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данный порядок утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»³.

В пункте 46 порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий указано, что консультирующая медицинская организация обязана предоставить пациенту информацию о возмездном или безвозмездном характере консультации (платная, бесплатная) и ее стоимости, если она платная. Таким образом, консультации с применением телемедицинских технологий могут предоставляться бесплатно, если это предусмотрено в программе государственных гарантий.

Программой государственных гарантий на 2023 год установлено, что, в целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдален-

¹ См.: Морозов С. П. Распределение ответственности за некачественное оказание медицинской помощи при использовании телемедицинских технологий // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2018. № 1-2 (6-7). С. 10.

² См.: Шадёркин И. А. Применение электронного здравоохранения для реализации пациент-центрированной урологической помощи // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2018. № 1-2 (6-7). С. 3-8.

³ См.: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 2018. 10 янв.

ных и (или) труднодоступных населенных пунктах, в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи *территориальными программами* могут быть установлены объемы медицинской помощи с учетом использования телемедицинских технологий. Указано также, что подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в себя и расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Данные положения предусматривают возможность оказания гражданам консультаций с применением телемедицинских технологий за счет средств ОМС.

Однако в силу отсутствия в законодательных актах, формирующих основу финансового обеспечения бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи, положения о возможности предоставления медицинской помощи с применением телемедицины гражданам на бесплатной основе, вопрос об их финансировании за счет средств ОМС не может быть решен, реальное оказание данных консультаций ставится под сомнение.

В соответствии с пунктом 12 Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, данные технологии могут использоваться при оказании первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Анализ источников финансового обеспечения бесплатного предоставления вышеуказанных видов медицинской помощи в соответствии с федеральным законом № 323-ФЗ показывает, что основным источником их финансирования являются средства ОМС. Представляется важным закрепить, что возможность оказания консультаций с применением телемедицинских технологий должна входить в базовую программу ОМС и источником финансирования их оказания будут являться средства ОМС.

В территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи некоторых субъектов РФ закреплена возможность предоставления консультаций с применением телемедицинских технологий за счет средств ОМС.

Так, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 13 сентября 2018 г. № 1605-п¹

¹ См.: Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13 сентября 2018 г. № 1605-п «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в поликлинических и стационар-

телемедицинские консультации организуются и проводятся в медицинских организациях. В территориальной программе государственных гарантий в Свердловской области на 2023 год предусмотрена медицинская помощь с учетом использования телемедицины в рамках территориальной программы ОМС. Нормативы объема предоставления данной медицинской помощи в 2023–2025 гг. предусматривают, что консультацию врача с использованием телемедицинских технологий смогут получить 3 из 100 застрахованных лиц¹.

В Ямало-Ненецком автономном округе, в соответствии с тарифным соглашением в системе ОМС на 2023 год, телемедицинское консультирование финансируется за счет средств ОМС и предъявляется к оплате в рамках подушевого финансирования по тарифам за услугу «А23.30.099.005 Телемедицинское консультирование врачом-специалистом» – в размере 1316 руб. за 1 оказанную услугу, а также за услугу «А23.30.099.007 Телемедицинское консультирование консилиумом врачей по профилю медицинской помощи «онкология»» – в размере 3359 руб. за 1 оказанную услугу².

Стоит отметить, что в зависимости от субъекта Российской Федерации наблюдается существенная разница в стоимости оказания телемедицинской консультации. Так, в соответствии с приложением №26 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2023 год дистанционное взаимодействие врачей с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени по тарифу стоит 184,60 руб. за 1 дистанционное посещение³.

ных условиях в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области» // Официальный сайт медицинского информационно-аналитического центра Свердловской области «МИАЦ». URL: https://miacso.ru/Documents/1605_okazanie_med_pomoshi_s_TMK.pdf

¹ См.: Постановление Правительства Свердловской области от 27 декабря 2022 г. № 975-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» // Официальный сайт Министерства здравоохранения Свердловской области. URL: https://minzdrav.midural.ru/document/list/document_class/48#document_list

² См.: Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа от 27 января 2023 г. // Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования ЯНАО. URL: <https://www.webfoms.ru/document/document/view/1383>

³ См.: Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2023 год от 25 января 2023 года // Официальный сайт ТФОМС Чеченской Республики. URL: <https://tfoms-chr.ru/Poslednie-dokumenty/2023/01/30>

Думается, что необходимость наличия возможности получения гражданами медицинской помощи в формате телемедицины и качественное предоставление телемедицинских консультаций являются важной составляющей эффективности современной системы оказания медицинской помощи в России. В связи с вышеизложенным видится целесообразным включение возможности предоставления в медицинских организациях консультаций с применением телемедицинских технологий в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Таким образом, *представляется необходимым закрепить возможность предоставления консультаций с применением телемедицинских технологий в базовой программе ОМС. Источником финансирования их оказания будут являться средства обязательного медицинского страхования. Для этого необходимо дополнить статью 83 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пунктом 12 и изложить в следующей редакции: «...12. Финансовое обеспечение предоставления гражданам консультаций с применением телемедицинских технологий в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования».*

Вышеуказанные изменения неизбежно повлекут за собой преобразование законодательства об обязательном медицинском страховании. *Представляется целесообразным внести изменения в часть 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и изложить ее в следующей редакции «...6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, консультации с применением телемедицинских технологий, в следующих случаях: 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза...».*

Проведенное в данном параграфе исследование позволяет сформировать следующие выводы. Субъектами правоотношений по использованию средств обязательного медицинского страхова-

ния являются ФОМС, ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации. Использование ресурсов ОМС происходит в рамках реализации договоров на финансовое обеспечение ОМС, на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Выдвинуто и аргументировано мнение о том, что данные договоры являются публичными финансово-правовыми договорами.

Использование средств ОМС происходит не только на территории России, но также и на территории временно арендованного Россией города Байконур. Фактические бюджетные правоотношения, осуществляемые между РФ и данной административно-территориальной единицей урегулированы международно-правовым актом, однако в бюджетном законодательстве нашей страны существуют пробелы, затрагивающие регламентирование данного вопроса. Права и обязанности субъектов бюджетных правоотношений между РФ и городом Байконур в национальном законодательстве Российской Федерации не урегулированы. Автором предложены нормативные положения, устраняющие правовую неопределенность в бюджетных правоотношениях между Российской Федерацией и городом Байконур.

Использование средств ОМС в настоящее время представляется возможным в рамках предоставления застрахованным лицам медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий. Однако вопрос финансового обеспечения гарантированного предоставления медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, а также права и обязанности сторон в рамках финансирования данной деятельности в настоящее время не до конца урегулированы. Автором предлагается возможный вариант правового закрепления предоставления телемедицинских технологий за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС.

3.2. ПОЛНОМОЧИЯ ОРГАНОВ КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Неотъемлемой частью финансовой деятельности государства, в том числе и финансовой деятельности субъектов правоотношений по обеспечению предоставления бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС являются функции контроля. Для эффективного использования финансовых ресурсов ОМС является важным наличие действенного контроля.

Контроль за использованием средств ОМС регламентирован положениями Федерального закона № 326-ФЗ. Данные нормы регламентируют систему организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. По результатам данного вида контроля применяются санкции имущественного характера.

Часть 4 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ регламентирует контрольные полномочия федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере – Федерального казначейства. Деятельность данного органа исполнительной власти в контрольной сфере в рамках ОМС регламентирована также Бюджетным кодексом РФ, который устанавливает обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по внутреннему государственному финансовому контролю в отношении юридических лиц, получающих средства из бюджетов государственных внебюджетных фондов по договорам о финансовом обеспечении ОМС. Федеральное казначейство является органом внутреннего контроля¹.

Нормы, закрепленные в федеральном законе № 326-ФЗ, конкретизируются в подзаконных нормативных правовых актах, нормативных актах ФОМС, а также в договорах, заключаемых между ФОМС, ТФОМС, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

К подзаконным нормативным правовым актам в данном случае относятся постановления Правительства Российской Федерации и приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, которые касаются вопросов контроля за финансовым обеспечением здравоохранения средствами ОМС. Они регламентируют вопросы порядка оплаты медицинской помощи по ОМС, методики исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов²; а также вопросы контрольных полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Так, Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет функции по выработке и реализации государствен-

¹ См. ст. 265 БК РФ.

² См.: Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2022. 30 дек.

ной политики в сфере здравоохранения, а также функции контроля за качеством и эффективностью осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий в сфере финансового обеспечения оказания медицинской помощи за счет средств ОМС.

Правовой основой деятельности данного органа в контрольной сфере являются положения статьи 7 федерального закона № 326-ФЗ и приказ Минздрава России от 5 сентября 2016 г. № 654н¹. В рамках контроля и надзора за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов РФ переданных им полномочий, Минздрав России проводит проверки и выдает предписания об устранении выявленных нарушений, а также о привлечении к ответственности должностных лиц органов государственной власти субъектов РФ и территориальных фондов ОМС.

Необходимо отметить, что контроль за использованием средств ОМС не изолирован от общей системы контроля за государственным финансированием здравоохранения. Отдельными контрольными полномочиями в данной сфере обладает Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор). Согласно постановлению Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323² служба осуществляет государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, проверки соблюдения органами власти и медицинскими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, проверки применения медицинскими организациями стандартов и порядков оказания медицинской помощи, проверки организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами власти и медицинскими организациями, осуществляет лицензирование отдельных видов деятельности³.

¹ См.: Приказ Минздрава России от 5 сентября 2016 г. № 654н «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» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2016. 7 нояб.

² См.: Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» (в ред. от 13 октября 2022 г.) // СЗ РФ. 2004. № 28, ст. 2900; 2022. № 42, ст. 7187.

³ Подробнее о деятельности Росздравнадзора См.: *Гриценко В. В.* Об особенностях контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья граждан (на примере деятельности Росздравнадзора) // Актуальные вопросы контроля и надзора в социально значимых сферах деятельности общества и государства: матер. II всерос. науч.-практ. конф. / отв. ред. А. В. Мартынов. Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. ун-та им. Н. И. Лобачевского, 2016. С. 411–422.

Контрольными полномочиями также обладает Центральный банк Российской Федерации в рамках надзора за деятельностью страховых медицинских организаций¹. Они включают в себя лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, ведение их реестра в рамках единого государственного реестра субъектов страхового дела, контроль за соблюдением страхового законодательства, в частности, путем проверок деятельности и предоставляемой отчетности страховых медицинских организаций, контроль за обеспечением данными субъектами платежеспособности и финансовой устойчивости.

Важная роль в системе контроля за государственным финансированием здравоохранения отведена учредителям медицинских организаций государственной (муниципальной) систем здравоохранения. Они обладают полномочиями по обеспечению контроля за деятельностью учрежденных организаций, в том числе внутреннего финансового контроля и внутреннего финансового аудита².

Конкретизируя деятельность субъектов по контролю за использованием средств ОМС необходимо отметить, что правовая основа контрольных полномочий ФОМС регламентирована уставом ФОМС, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857³. Он осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения; контроль за соблюдением законодательства об ОМС, а также за использованием средств ОМС; проводит ревизии и проверки; контроль за функционированием информационных систем, а также порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС. Таким

¹ См.: Закон РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (в ред. от 29 декабря 2022 г.) // Российская газета. 1993. 12 янв.; СЗ РФ. 2023. № 1, ч. 1, ст. 41; Приказ Банка России от 24 января 2019 г. № ОД-141 «Об осуществлении в Банке России контроля и надзора за соблюдением требований страхового законодательства Российской Федерации субъектами страхового дела и об отмене приказа Банка России от 19.10.2017 № ОД-3025, приказа Банка России от 11.05.2018 № ОД-1182» // Вестник Банка России. 2019. № 5. 25 янв.

² Более подробно об аудите в финансовой сфере см., например: *Арзуманова Л. Л.* К вопросу об аудите в системе финансового права // Государственный и муниципальный финансовый контроль. 2017. № 1. С. 44–46; *Петрова И. В.* Аудит в бюджетной сфере: цифровые технологии его реализации // Модернизация правового регулирования бюджетных отношений в условиях цифровизации экономики: сб. науч. тр. по матер. междунар. науч.-практ. конф. в рамках V Саратовских финансово-правовых чтений научной школы имени Н. И. Химичевой. Саратов: Изд-во Саратов. гос. юрид. акад., 2020. С. 166–170.

³ См.: Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (в ред. от 21 июня 2022 г.) // СЗ РФ. 1998. № 32, ст. 3902; 2022. № 26, ст. 4494.

образом, ФОМС осуществляет контроль за формированием, распределением и использованием финансовых средств ОМС.

ФОМС осуществляет также внутренний контроль и аудит¹. В соответствии с данными отчетов ФОМС о результатах внутреннего финансового контроля наблюдаются определенные разночтения в предоставлении информации в зависимости от календарного года ее предоставления. Так, например, за 2019 год было проведено 79 770 контрольных действий, из них: 39 885 – самоконтроль, 39 885 – контроль по подчиненности². В 2022 году по результатам внутреннего финансового аудита недостатков и нарушений при выполнении внутренних бюджетных процедур не установлено. Однако, по результатам проверки Счетной палатой Российской Федерации выявлены недостатки в осуществлении внутреннего финансового аудита ФОМС в 2022 году (например, ФОМС не обеспечивает ведение реестра бюджетных рисков, по результатам осуществления внутреннего финансового аудита не сформированы и не представлены председателю ФОМС предложения о повышении результативности и экономности использования бюджетных средств, порядок мониторинга качества финансового менеджмента фондов ОМС не содержит показателей качества осуществления закупок товаров, работ и услуг для обеспечения государственных нужд)³.

Эффективность иных видов контроля, осуществляемого данным фондом, на протяжении нескольких лет является недостаточно высокой. Так, например, несмотря на снижение общей задолженности по страховым взносам после передачи администрирования взимания страховых взносов на ОМС работающего населения в на-

¹ См.: Приказ ФОМС от 31 декабря 2015 г. № 290 «Об осуществлении внутреннего финансового контроля в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования», приказ ФОМС от 31 декабря 2015 г. № 291 «Об утверждении документов по осуществлению внутреннего финансового аудита в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования». Документы не опубликованы, указание на них содержится в заключении Счетной палаты Российской Федерации на отчет Федерального фонда обязательного медицинского страхования об исполнении бюджета за 2019 год. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/962483-7>

² См.: Заключение на отчет Федерального фонда обязательного медицинского страхования об исполнении бюджета за 2019 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации (утверждено Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 25 августа 2020 г. № 44К (1417)). URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/962483-7>

³ См.: Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2022 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации (утверждено Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 23 июня 2023 года. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b00/q1e11n3g4p2azd1fhyc0y65wk7l9sc3e.pdf>

логовые органы, в 2018 и 2019 гг. не в полной мере осуществлялся контроль за уплатой страховых взносов на ОМС. По состоянию на 1 января 2019 г. общая сумма задолженности по страховым взносам на ОМС неработающего населения, штрафам и пеням составила 1 802,5 млн руб., что на 1 046,1 млн руб. больше, чем по состоянию на 1 января 2018 г.¹ За 2019 год задолженность главных администраторов доходов ФОМС по страховым взносам на ОМС работающего населения и неработающего населения составила 75 605,7 млн руб.²

В 2019 г. Счетной палатой Российской Федерации отмечалось, что ФОМС провел недостаточное количество проверок деятельности территориальных фондов ОМС по выполнению функций администратора доходов бюджета ФОМС, в части страховых взносов на ОМС неработающего населения. Счетной палатой РФ вынесено представление с требованиями о проведении ФОМС проверки по каждому выявленному факту нарушения законодательства Российской Федерации, привлечении к ответственности всех должностных лиц, которые допустили данные нарушения, об устранении выявленных недостатков и сокращении задолженностей³.

В 2020 г. Счетной палатой РФ указывалось на недостатки осуществления контроля со стороны ФОМС за организацией деятельности по реализации переданных субъектам Российской Федерации полномочий в сфере ОМС. Механизмы установления мер ответственности должностных лиц, являющихся виновными в нарушениях порядка реализации переданных полномочий, в зависимости от допущенных нарушений, действующим законодательством не были определены, в правоприменительной практике ФОМС не были представлены⁴. Данная практика может свидетель-

¹ См.: Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет Федерального фонда обязательного медицинского страхования об исполнении бюджета за 2018 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/721917-7>

² См.: Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет Федерального фонда обязательного медицинского страхования об исполнении бюджета за 2019 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации. URL: <https://ach.gov.ru/upload/pdf/budget/%D0%A4%D0%9E%D0%9C%D0%A1.pdf>

³ См.: Представление Счетной палаты Российской Федерации от 2 сентября 2019 г. № ПР 12-188/12-03 // СПС «КонсультантПлюс».

⁴ См.: Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации».

ствовать о том, что ТФОМС, нарушая положения нормативных правовых актов, недостаточно эффективно осуществляли свою деятельность.

В 2021 году Счетная палата РФ отмечала, что ФОМС допускают нарушения порядка и условий оплаты федеральным медицинским организациям специализированной медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС. Установлены также факты, имеющие признаки недостоверности сведений о проведенных экспертизах медицинской помощи, которые указывают на то, что фактически экспертиза не проводилась¹.

В 2022 году Счетной палатой РФ указывалось, среди прочего, что в нарушение пунктов 11 и 15 Правил предоставления в 2022 году иных межбюджетных трансфертов в целях финансового обеспечения расходных обязательств на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2022 г. № 88²), Федеральный фонд обязательного медицинского страхования не осуществлял контроль за использованием ТФОМС бюджетных средств, источником финансового обеспечения которых был межбюджетный трансферт. ФОМС также не были утверждены формы, порядок и сроки предоставления ТФОМС отчетности об использовании средств. Счетной палатой

Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции» // Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/f24/f24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf>

¹ См.: Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет Федерального фонда обязательного медицинского страхования об исполнении бюджета за 2021 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/132288-8>

² См.: Постановление Правительства РФ от 2 февраля 2022 г. № 88 «Об утверждении Правил предоставления в 2022 году иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджету соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования» // СЗ РФ. 2022. № 7, ст. 958.

Российской Федерации также было отмечено, что планирование финансового обеспечения медицинской помощи, которая оказывалась федеральными медицинскими организациями, осуществлялось Федеральным фондом обязательного медицинского страхования без учета фактической потребности¹.

Важные контрольные функции осуществляют также ТФОМС, реализуя контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В отношении страховых медицинских организаций и медицинских организаций ТФОМС осуществляет контроль за использованием финансовых средств ОМС по целевому назначению (в таких случаях при выявлении ТФОМС нарушений страховая медицинская организация уплачивает штрафы за счет собственных средств); медико-экономический контроль (установление соответствия оказанной и поданной на оплату за счет средств ОМС медицинской помощи по каждому страховому случаю, результаты оформляются актом и являются основанием для применения мер имущественного характера к медицинской организации); медико-экономическую экспертизу (направлена на установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи и объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в документации медицинской организации); экспертизу качества медицинской помощи (проверка соответствия предоставленной медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляют также и страховые медицинские организации. Эта обязанность предусмотрена договором о финансовом обеспечении ОМС. В случае невыполнения данного условия такая страховая организация уплачивает штраф ТФОМС из финансовых средств, которые предназначены для расходов на ведение ею дел по ОМС.

Страховая медицинская организация осуществляет медико-экономический контроль, проведение экспертиз (медико-экономическая и экспертиза качества), предоставление отчетов по резуль-

¹ См.: Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2022 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации (утверждено Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 23 июня 2023 года. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b00/q1e11n3g4p2azd1fhyc0y65wk7l9sc3e.pdf>

татам проведенного контроля. При нарушении условий договора стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Так, при выявлении страховой медицинской организацией несвоевременного оказания, неоказания или же оказания медицинской помощи ненадлежащего качества медицинская организация обязана уплатить штраф в размере и порядке, предусмотренном договором и законодательством.

В настоящее время страховые медицинские организации имеют важное значение в системе ОМС. Так, по результатам исследования, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (далее – ВЦИОМ), 75 % россиян выражают мнение о том, что предоставление медицинской помощи медицинскими учреждениями и качество таких услуг должны контролироваться не государственными, а частными независимыми структурами, например, страховыми компаниями. 51 % опрошенных респондентов считает, что при осуществлении финансового обеспечения государственных учреждений здравоохранения необходимо учитывать число обращений за медицинской помощью, оценку качества работы таких учреждений, а также количество жалоб пациентов¹. Среди услуг страховых представителей, которые могут быть полезны в сфере контроля за финансовым обеспечением бесплатного оказания медицинской помощи, почти каждый третий участник опроса назвал защиту прав пациентов при врачебных ошибках (29 % опрошенных), а также сведения о том, куда необходимо обратиться в случае предоставления некачественной медицинской помощи (25 % респондентов выбрали такой ответ).

Каждый пятый из опрошенных респондентов отметил значимость осуществления контроля со стороны страховых медицинских организаций за качеством, объемом, условиями и сроками предоставленной медицинскими организациями медицинской помощи пациентам со злокачественными образованиями. Данные результаты общественного мнения свидетельствуют о том, что сформированная модель взаимоотношений в сфере здравоохранения и ОМС в целом отвечает общественным потребностям.

Контроль за использованием средств ОМС предусматривает применение мер ответственности при выявлении нарушений порядка оказания медицинской помощи в рамках ОМС и ее оплаты.

¹ См.: Аналитический опрос о качестве медицинских услуг // Официальный сайт ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10067>

Необходимо определить, какой вид юридической ответственности применяется при нарушениях порядка использования средств ОМС. Юридическая ответственность предусматривает наличие определенных признаков, отличающих ее от всякой иной социальной ответственности индивида, к числу которых относится то, что она опирается на государственное принуждение; осуществляется уполномоченными компетентными органами и должностными лицами в строго определенном порядке; правонарушитель наказывается от имени государства¹.

В настоящее время распространено мнение, что существуют различные виды юридической ответственности в зависимости от отрасли права и тех общественных отношений, которые регулируются определенными правовыми нормами, а «наличие мер ответственности – это такой же признак отрасли, как «собственные» общественные отношения, «свои» нормы, данные отношения регулирующие»². В полной мере это можно отнести к финансовому праву, хотя вопрос о самостоятельности финансово-правовой ответственности на протяжении долгого периода времени является дискуссионным в юридической науке.

В частности, высказывается мнение об отсутствии доказательств выделения финансово-правовой ответственности в качестве самостоятельного вида. Так, Н. А. Шевелева указывает, что попытки исследователей доказать существование такого феномена, как «финансовая» или же «бюджетная» ответственность не привели к какому-либо существенному результату. Ответственность за нарушение норм налогового и бюджетного законодательства имеет свои особенности, однако их значимость не превышает порога, после которого происходят качественные изменения и образуется правовая природа, которая позволяет утверждать существование самостоятельного вида юридической ответственности³.

Существует и иная позиция, когда указывается, что несмотря на некоторое сходство с административной ответственностью, финансово-правовую ответственность необходимо выделять в качестве самостоятельного вида юридической ответственности

¹ См.: Теория государства и права: учебник / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. М., 2004. С. 216.

² Авакьян С. А. Проблемы конституционно-правовой ответственности (по материалам конференции на юридическом факультете) // Вестник МГУ. Сер. 11 «Право». 2000. № 3. С. 124.

³ См.: Очерки финансово-правовой науки современности: монография / под общ. ред. Л. К. Вороновой и Н. И. Химичевой. Москва – Харьков, 2011. С. 392.

(М. В. Карасева¹, М. Б. Разгильдиева², Н. А. Саттарова³, А. А. Мусаткина⁴, Полякова С. А.⁵). А. З. Арсланбекова в качестве критериев, подтверждающих самостоятельность финансово-правовой ответственности, указывает основания ее возникновения (финансовые правонарушения); применяемые санкции; цели применения ответственности; сроки давности исполнения наказаний; органы, которые применяют меры ответственности⁶.

Представляется возможным согласиться с точкой зрения М. Б. Разгильдиевой о том, что формирование собственной системы санкций какой-либо отрасли права обусловлено возможностью эффективного применения в данной сфере отношений конструкции иной отраслевой принадлежности. Такой же вывод может быть сделан и о мерах отраслевой ответственности. Возникновение института юридической ответственности в определенной отрасли права определяется неэффективностью применения положений институтов юридической ответственности иной отраслевой принадлежности. Вопрос о существовании оснований для формирования конструкций финансово-правовой ответственности в разных сферах финансовой деятельности государства и муниципальных образований является, в большей части, вопросом целесообразности того, может ли задача наказания быть эффективно достигнута посредством применения конструкций административной, уголовной, гражданско-правовой ответственности или же требуется формирование иного правового средства, которое бы учитывало характерные черты финансово-экономических отношений⁷.

¹ См.: Карасева М. В. Финансовое право. Общая часть: учебник. М.: Юрист, 1999. С. 183.

² См.: Разгильдиева М. Б. Налоговая ответственность в системе юридической ответственности // Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2002. № 5. С. 128–129

³ См.: Саттарова Н. А. Финансово-правовая ответственность: учеб. пособие. Казань : Познание, 2009. С. 51–52.

⁴ См.: Липинский Д. А., Мусаткина А. А. К вопросу об институте финансово-правовой ответственности в системе права // Финансы и управление. 2019. № 4. С. 45; Мусаткина А. А. Финансовая ответственность в системе юридической ответственности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004. С. 6.

⁵ См.: Полякова С. А. Финансово-правовая ответственность за нарушение бюджетного законодательства Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2015. С. 10.

⁶ См.: Арсланбекова А. З. Финансово-правовые санкции в системе мер юридической ответственности: монография. М.: Информационно-внедренческий центр «Маркетинг», 2008. С. 95.

⁷ См.: Разгильдиева М. Б. Теория финансово-правового принуждения и сферы его применения: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2011. С. 319.

В науке отмечается специфика финансово правовых санкций: наличие специального объекта воздействия – фондов денежных средств и финансовых ресурсов; наступление в случае несоблюдения субъектами финансовых правоотношений установленных предписаний, а также порядка образования, распределения и использования денежных фондов государства; применение со стороны специально уполномоченных органов¹.

В правоотношениях по применению мер ответственности к медицинским организациям со стороны страховых медицинских организаций за нарушение договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, выразившееся в несвоевременном оказании, неоказании или же оказании медицинской помощи ненадлежащего качества, объектом являются фонды денежных средств, а именно: финансовые ресурсы целевого назначения, направленные для оплаты оказанной гражданам медицинской помощи; ответственность наступает за несоблюдение медицинскими организациями (субъектами финансовых правоотношений со страховыми медицинскими организациями) установленных предписаний в области использования денежных фондов государства, а именно: финансовых средств ОМС, направленных ТФОМС для оплаты медицинской помощи. Очевидно, что в данном случае санкции, которые применяются к медицинским организациям за нарушение договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, обладают практически всеми отмеченными характеристиками финансово-правовых санкций. В отличие от традиционной модели, право на применение данных финансово-правовых санкций имеют не специально уполномоченные органы, а страховая медицинская организация. Однако было установлено выше, что в рамках данного договора страховая медицинская организация действует не в личном интересе, а выполняет публично-значимую функцию.

В ответственности, к которой привлекаются медицинские организации за нарушение договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, а также на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС прослеживаются и другие характеристики, традиционно выделяемые для финансово-правовых видов. Так, *за осуществление данного деяния предусмотрена ответственность нормативным актом*, а именно: федеральным законом № 326-ФЗ; *санкции, применяемые к медицинским организа-*

¹ См.: Арсланбекова А.З. Финансово-правовые санкции в системе мер юридической ответственности: монография. М.: Информационно-внедренческий центр «Маркетинг», 2008. С. 99.

циям, являются мерами принуждения государства и взыскиваются независимо от воли и желания медицинских организаций в виде удержания сумм, не подлежащих оплате по результатам проведения экспертиз, из общего объема средств, которые предусмотрены для оплаты медицинской помощи или возврата в страховую медицинскую организацию; реализация ответственности за нарушение медицинскими организациями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС происходит в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи¹; применение таких мер ответственности к медицинским организациям имеет целью предупреждение неоказания или некачественного оказания медицинской помощи медицинскими организациями; одной из сторон в правоотношении по применению и реализации ответственности медицинских организаций за нарушение договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, выступающий в качестве органа власти, уполномоченного на привлечение к финансово-правовой ответственности.

Ответственность наступает за совершение правонарушения – виновно совершенного противоправного деяния. Оно выражается в несвоевременном оказании, неоказании или оказании медицинской помощи ненадлежащего качества, вина медицинской организации должна быть доказана посредством проведения экспертизы. Поясним, почему ответственность медицинских организаций необходимо рассматривать в качестве финансово-правовой, а не гражданско-правовой ответственности. Основанием гражданско-правовой ответственности является нарушение договора. Поэтому такая ответственность может быть установлена и за правонарушения, которые прямо не обеспечены санкциями в действующем законодательстве, и увеличиваться/уменьшаться в зависимости от соглашения участников договора². В случае с медицинскими

¹ См.: Приказ Минздрава России от 19 марта 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» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 2021. 14 мая.

² См.: Яхонтов Р.Н., Яхонтова О.С. Особенности наступления гражданско-правовой ответственности вследствие нарушения договора // Царкосельские чтения. 2012. № XVI. С. 254; Гутников О.В. Основания разработки категории корпоративной ответственности в гражданском праве // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2019. № 4. С. 4; Гаджиев Г.А. Договор как общеправовая ценность (к вопросу о генезисе юридической эпистемологии) // Журнал российского права. 2019. № 1.

организациями договор является типовым, условия наступления ответственности регламентируются не сторонами, а нормами законодательства. Это позволяет заключить, что ответственность наступает именно за совершение правонарушения.

Таким образом, ответственность субъектов правоотношений по ОМС за неправомерное осуществление финансовой деятельности в сфере ОМС обладает признаками финансово-правовой ответственности.

В настоящее время достаточно большое количество финансовых ресурсов перечисляется в доходы страховой медицинской организации по итогам осуществления деятельности по обязательному медицинскому страхованию. Так, достаточно долгое время вызывал оживленные споры процент количества денежных средств, предназначенных для ведения дела по ОМС страховой медицинской организацией. В декабре 2020 г. федеральным законом № 430-ФЗ был снижен объем ресурсов, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС. Ранее норматив составлял от 1 до 2 %, а в настоящее время – не менее 0,8 % и не более 1,1 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам¹. Однако это не единственный источник дохода страховых медицинских организаций в рамках системы ОМС. Федеральный закон № 326-ФЗ определяет, что по результатам применения санкций в адрес медицинских организаций, часть уплаченных штрафов становятся собственными средствами страховой медицинской организации. К ним относятся: 15 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями и выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы, а также экспертизы качества медицинской помощи; 25 % сумм, которые поступили в страховую медицинскую организацию в результате уплаты медицинской организацией штрафов за несвоевременное оказание, неоказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

По состоянию на конец 2018 г. в страховые медицинские организации всего поступило 1 929 685,1 млн руб., что на 18 % больше, чем в 2017 г. Использовано страховыми медицинскими организациями 1 865 536,5 млн руб. по состоянию на конец 2018 г., что

С. В; Анохин А. А. Основные континентальные воззрения на соотношение договорной и деликтной ответственности // Юридическая наука. 2020. № 8. С. 5.

¹ См.: Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2020. № 50, ч. 3, ст. 8075.

на 18 % больше, чем в 2017 г. Из них направлено в доход страховых медицинских организаций 2 315,6 млн руб., что на 1 % меньше, чем в 2017 г.¹ Данная статистика свидетельствует о значительном месте страховых медицинских организаций в системе финансирования оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Результаты финансовой отчетности некоторых наиболее крупных страховых медицинских организаций за 2022 г. свидетельствуют о том, что вознаграждение, полученное на ведение дел по ОМС, составило в ООО «АльфаСтрахование-ОМС» – 2 181 987 тыс. руб.², в АО «МАКС-М» – 2 655 070 тыс. руб.³, в АО «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» – 6 972 341 тыс. руб.⁴, а доходы, причитающиеся к получению от медицинских организаций в результате применения к ним санкций за выявленные нарушения составили в ООО «АльфаСтрахование-ОМС» – 21 486 110 тыс. руб.⁵, в АО «МАКС-М» – 23 781 060 тыс. руб.⁶, в АО «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» – 63 327 131 тыс. руб.⁷

Анализ финансовой отчетности наиболее крупных страховых медицинских организаций, непосредственно осуществляющих оплату оказания медицинской помощи по обязательному меди-

¹ В монографии приведена статистика, размещенная на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики. Более актуальная официальная статистика по данному вопросу на момент подготовки монографии не опубликована. См.: Россия в цифрах. 2020: крат. стат. сб. М., 2020. С. 477.

² См.: Аудиторское заключение независимого аудитора о годовой бухгалтерской (финансовой) отчетности ООО «АльфаСтрахование-ОМС» за 2022 год. URL: <https://alfastrahoms.ru/uploads/documents/b8e9fe59-2d1d-4926-937f-e543b5a4da2d/file/Reporting-Conclusion-2022.pdf>

³ См.: Аудиторское заключение независимого аудитора о бухгалтерской (финансовой) отчетности АО «Медицинская акционерная страховая компания» по итогам деятельности за 2022 год. URL: https://www.makcm.ru/upload/iblock/9e3/audit_report_2022.pdf

⁴ См.: Аудиторское заключение независимого аудитора о бухгалтерской (финансовой) отчетности страховой организации АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» за 2022 год. URL: <https://www.sogaz-med.ru/upload/iblock/80a/zkd0ey84clmc6tzf0gzfuz4ur5g2obr7/2.pdf>

⁵ См.: Аудиторское заключение независимого аудитора о годовой бухгалтерской (финансовой) отчетности ООО «АльфаСтрахование-ОМС» за 2022 год. URL: <https://alfastrahoms.ru/uploads/documents/b8e9fe59-2d1d-4926-937f-e543b5a4da2d/file/Reporting-Conclusion-2022.pdf>

⁶ См.: Аудиторское заключение независимого аудитора о бухгалтерской (финансовой) отчетности АО «Медицинская акционерная страховая компания» по итогам деятельности за 2022 год. URL: https://www.makcm.ru/upload/iblock/9e3/audit_report_2022.pdf

⁷ См.: Аудиторское заключение независимого аудитора о бухгалтерской (финансовой) отчетности страховой организации АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» за 2022 год. URL: <https://www.sogaz-med.ru/upload/iblock/80a/zkd0ey84clmc6tzf0gzfuz4ur5g2obr7/2.pdf>

цинскому страхованию, свидетельствует о том, что достаточно большое количество финансовых ресурсов перечисляется в доходы страховой медицинской организации по итогам осуществления деятельности по обязательному медицинскому страхованию.

Примечательно, что ни Федеральный закон № 326-ФЗ, ни подзаконный нормативно-правовой акт об утверждении порядка организации и проведения контроля качества, объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи по ОМС не закрепляют из каких именно средств медицинская организация уплачивает штрафы: из собственных средств или же из средств ОМС.

В соответствии с письмом ФОМС от 6 июня 2013 г. № 4509/21-и¹, расходы медицинских организаций по уплате штрафов и пени относятся к статье 290 классификации операций сектора государственного управления (далее – КОСГУ) «Прочие расходы» и могут быть осуществлены за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС. Актуальность данного письма ФОМС в настоящее время утрачена в связи с изменением статей КОСГУ, изменением указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации². Однако новых разъяснений по данному вопросу ФОМС не предоставляет. Разъяснения бухгалтерского сообщества по данному вопросу содержат информацию о том, что при выборе источника для уплаты штрафа медицинской организации необходимо руководствоваться тарифным соглашением по конкретному субъекту Российской Федерации. В случае, если оно не включает информацию относительно уплаты штрафов, сумму штрафа необходимо оплачивать из средств от приносящей доход деятельности³ (КФО 2).

Примечательно, что согласно правовой позиции Верховного Суда Российской Федерации, страховая медицинская организация не имеет права осуществлять удержание штрафных санкций, которые наложены на медицинскую организацию из сумм, ранее выделенных ей в виде целевого финансирования подлежащей оплате медицинской помощи. Удержание штрафов из этих сумм может считаться нецелевым использованием средств обязательного ме-

¹ См.: Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 6 июня 2013 г. № 4509/21-и «По вопросам расходования средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования // СПС «КонсультантПлюс».

² См.: Письмо ФОМС от 30 декабря 2016 г. № 11919/21-2/5856 «О выплатах по судебным решениям по искам граждан к медицинским организациям в связи с некачественным оказанием медицинской помощи» // СПС «КонсультантПлюс».

³ См.: Журнал «Бюджетный учет и отчетность». 2020. № 1. URL: <https://e.budzhetvo.ru/777623>

дицинского страхования¹. Однако ранее в Тарифных соглашениях ряда субъектов Российской Федерации на 2021 год (например, Волгоградская², Орловская³, Тамбовская⁴ области) в структуру тарифа в раздел «прочие расходы» были включены расходы по уплате штрафов и пени.

Решение о включении расходов по уплате штрафов и пени в структуру тарифа в раздел «прочие расходы» представляется ошибочным, так как из положений Методики расчета тарифов по ОМС усматривается, что в категории «прочие расходы» речь идет о прочих затратах на общехозяйственные нужды, без которых деятельность учреждения по оказанию медицинской помощи затруднительна или невозможна⁵. Штрафы и пени не могут являться общехозяйственными расходами, так как выступают мерой воздействия за выявленное нарушение⁶.

В 2022 году в Тарифных соглашениях некоторых субъектов РФ на оплату медицинской помощи по ОМС установлены ограничения на оплату штрафов из средств ОМС (например, в Тарифном соглашении в системе ОМС Республики Адыгея⁷).

Однако, исходя из вышесказанного следует, что прямого запрета на уплату штрафов медицинскими организациями за счет средств ОМС не установлено и могут возникать случаи, когда медицинские организации уплачивают штрафы по результатам проведения контроля оказанной ими медицинской помощи из средств ОМС.

¹ См.: Определение Верховного Суда РФ от 5 декабря 2018 г. N 303-КГ18-19581 Об отказе в передаче жалобы в Судебную коллегияу Верховного Суда Российской Федерации. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72020564/>

² См.: Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на 2021 год от 30 декабря 2020 г. URL: https://volgatfoms.ru/anorm_gensogl21.html

³ См.: Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Орловской области на 2021 год от 15 января 2021 г. URL: <https://orelftfoms.ru/index.php/2011-03-05-05-49-31>

⁴ См.: Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2021 год от 20 января 2021 г. URL: <https://tofoms.ru/documents-of-the-tambov-region-in-2021>

⁵ См.: Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13 декабря 2022 г.) // Российская газета. 2019. 22 мая; Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. 2022. 30 дек.

⁶ См.: Тарифные соглашения – 2022: нюансы уплаты штрафов и пени за счет ОМС в разных регионах. Новости информационно-правового портала ГАРАНТ.РУ. URL: <https://www.garant.ru/news/1541797/>

⁷ См.: Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Республики Адыгея от 28 января 2022 года. URL: https://www.arfoms.ru/documents/index.php?SECTION_ID=134

Перечисление в доход страховых медицинских организаций определенной доли целевых средств ОМС, взысканных с медицинских организаций в качестве штрафов по итогам проведения экспертиз, не представляется обоснованным. В данном случае происходит изменение сущности денежных средств из публичных в частные, поскольку средства публичных денежных фондов, которые должны были быть предоставлены на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи застрахованным лицам, направляются в личный доход частного юридического лица. Возникает также и риск злоупотребления страховыми медицинскими организациями своими полномочиями посредством вынесения необоснованных решений о привлечении к финансовым санкциям медицинских организаций по результатам проведения экспертиз в целях увеличения доходов страховой медицинской организации.

Таким образом, *представляется необходимым закрепление обязанности медицинских организаций уплачивать штрафные санкции страховым медицинским организациям и территориальному фонду ОМС за счет собственных средств, а не посредством использования финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования. Для этого необходимо дополнить часть 2 статьи 41 федерального закона № 326-ФЗ следующим положением: «Уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества осуществляется за счет собственных средств медицинской организации».*

В силу того, что обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, нарушением которых может стать уплата медицинской организацией штрафов за некачественное оказание медицинской помощи, предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенным между этими субъектами, представляется необходимым также внести изменения в пункт 20 типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и изложить его в следующей редакции: «За неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по настоящему договору Организация уплачивает в Страховую медицинскую организацию штраф за счет собственных средств, размер оплаты которого определяется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, в соответствии с размерами, определенными в тарифном соглашении».

Формирование собственных средств медицинской организации становится возможным за счет осуществления приносящей доходы деятельности (например, оказания платных медицинских услуг). Учредительные документы медицинских организаций закрепляют данные доходы в числе источников их финансового обеспечения. Так, например, уставом государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы»¹ (далее – Учреждение) в число источников финансового обеспечения Учреждения включаются доходы, которые получены от осуществления приносящей доход деятельности (в случаях, которые предусмотрены уставом), и приобретенное за счет этих доходов имущество.

В финансовой отчетности медицинских организаций доходы от оказания платных услуг (работ) указываются отдельно. Так, например, за 2022 г. в государственном учреждении здравоохранения Ярославской области «Ярославская центральная районная больница» поступления по доходам от оказания платных услуг (работ) (кроме субсидии на выполнение государственного (муниципального) задания) составили 4 191 591,57 руб.²

Оказание платных услуг в сфере здравоохранения является дополнительным источником для поддержания материально-технической базы медицинской организации, увеличения доступности медицинской помощи для населения, повышения оплаты труда медицинских работников. Однако возможность оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения, выполняющих, по большей части, деятельность в сфере бесплатного предоставления населению медицинской помощи в рамках ОМС, порождает ряд проблем, которые связаны с соблюдением финансовой дисциплины и обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь³.

¹ См.: Устав государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы». URL: <https://52gkb.ru/files/%D0%A3%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%93%D0%9A%D0%91%20%E2%84%9652.pdf>

² См.: Бухгалтерская (финансовая) отчетность государственного учреждения здравоохранения Ярославской области «Ярославская центральная районная больница» за 2022 год. URL: <http://ycrb.ru/%d0%b1%d1%83%d1%85%d0%b3%d0%b0%d0%bb%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%81%d0%ba%d0%b0%d1%8f-%d1%84%d0%b8%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%b0%d1%8f-%d0%be%d1%82%d1%87%d0%b5%d1%82%d0%bd%d0%be%d1%81%d1%82/>

³ См.: *Гуров А. Н., Смбалян С. М., Николаева Е. В.* Организация оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях: учебное пособие. М., 2017. С. 23–25.

В ходе проверок инспекцией Федеральной антимонопольной службы России было выявлено, что: время ожидания пациентом оказания медицинской услуги зависит от вида оплаты данной услуги (получение в рамках ОМС или на платной основе). Платные услуги, которые оказываются государственными учреждениями здравоохранения, предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказываются на тех же условиях. Так, например, в соответствии с тарифным соглашением в сфере ОМС Волгоградской области на 2019 год, обращение с лечебной целью к акушеру-гинекологу гарантируется на бесплатной основе в рамках ОМС, тариф на оплату за обращение к данному специалисту установлен в размере 917 руб. за законченный случай. Однако в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, предоставляемых в государственном учреждении здравоохранения «Клиническая больница №4» на платной основе, возможен прием врача акушера-гинеколога за определенную плату (заведующий отделением – 850 руб., иные врачи акушеры-гинекологи – 650 руб.)¹.

В число проблем при оказании медицинскими учреждениями платных услуг Федеральная антимонопольная служба России также относит то, что потребителями платных услуг, по большей части, являются граждане Российской Федерации, которые имеют право на получение того же объема медицинской помощи на бесплатной основе. Застрахованным лицам в некоторых случаях необоснованно отказывают в оказании бесплатной медицинской помощи, с них взимается плата. Платные услуги осуществляются медицинскими учреждениями в рамках общего графика работы медицинской организации, а также с использованием помещений, оборудования и расходных материалов, которые приобретены на бюджетные ассигнования в целях оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, территориальных программ государственных гарантий теми же специалистами, которые задействованы при оказании медицинских услуг на бесплатной основе за счет средств обязательного медицинского страхования².

¹ См.: Доклад Федеральной антимонопольной службы о состоянии конкуренции в Российской Федерации за 2018 год (версия 27.09.2019). URL: <https://fas.gov.ru/documents/685806>

² См.: Там же.

Думается, что для устранения проблемы необоснованных отказов в оказании бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам, необходимо обеспечить большую открытость системы предоставления бесплатной медицинской помощи, чтобы застрахованные лица могли понимать и видеть, какую медицинскую помощь и какие конкретные виды медицинской помощи они могут получить в рамках обязательного медицинского страхования бесплатно, какое количество квот распределено медицинским организациям, в течение какого времени должна быть оказана медицинская помощь и какое количество денежных средств затрачено в рамках предоставления им бесплатной медицинской помощи по ОМС. Представляется необходимым получение данных сведений в электронной форме через личный кабинет пациента «Мое здоровье» на официальном портале государственных услуг Российской Федерации посредством предоставления услуги «Сведения о возможности предоставления бесплатной медицинской помощи по ОМС».

В настоящее время одной из услуг, предоставляемых в электронном виде через сервис «Мое здоровье», является предоставление сведений об оказанных медицинских услугах и их стоимости (какое количество средств было затрачено по обязательному медицинскому страхованию за предоставление медицинской помощи). Однако автором исследования было установлено, что предоставляемые сведения являются неполными. Так, сведения предоставлены только о получении медицинской помощи в 2014 г., хотя медицинская помощь в рамках ОМС была получена несколько раз в течение 2015-2023 гг. Представляется необходимым осуществление контроля за достоверностью и полнотой предоставления сведений о медицинской помощи в рамках ОМС путем мониторинга страховыми медицинскими организациями предоставления государственной услуги «Сведения об оказанной медицинской помощи», «Сведения о возможности предоставления бесплатной медицинской помощи по ОМС» в электронной форме через единый портал «Госуслуги».

Наибольшими полномочиями в сфере внешнего контроля за использованием финансовых средств обязательного медицинского страхования обладает орган внешнего финансового контроля – Счетная палата Российской Федерации. Правовой основой ее деятельности является федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 41-ФЗ¹. Одной из основных задач Счетной палаты Российской

¹ См.: Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 41-ФЗ «О Счетной палате Российской Федерации» (в ред. от 28 декабря 2022 г.) // СЗ РФ. 2013. № 14, ст. 1649; 2023. № 1, ч. 1, ст. 16.

Федерации является организация и осуществление контроля за целевым и эффективным использованием средств бюджетов государственных внебюджетных фондов. В 2022 г. по направлению «здравоохранение» Счетной палатой РФ было проведено 14 контрольных, а также 5 экспертно-аналитических мероприятий¹. Отмечается наличие ряда системных проблем, которые влияют на качество и доступность медицинской помощи для граждан, среди которых, например, риски списания лекарственных препаратов в большом количестве, что свидетельствует о необходимости повышения эффективности использования средств федерального бюджета, выделяемых на закупку лекарств.

Счетной палатой РФ на протяжении ряда лет отмечается отсутствие стандартов медицинской помощи по ряду распространенных заболеваний, по которым медицинская помощь оказывается бесплатно в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Так, на момент проверки² в 2017 году отсутствовал стандарт оказания специализированной медицинской помощи больным с циститом. По состоянию на середину 2023 г. данный стандарт по-прежнему не утвержден. Учитывая важность стандартов оказания медицинской помощи для планирования финансового обеспечения здравоохранения средствами ОМС представляется необходимым ужесточение контроля за деятельностью должностных лиц, ответственных за принятие и своевременное обновление порядков оказания и стандартов медицинской помощи.

Инструментом контроля Счетной палаты РФ за использованием средств ОМС также выступает рассмотрение отчетности. По итогам исполнения бюджета ФОМС составляется отчет, который представляется Правительством РФ в Счетную палату РФ для внешней проверки. Заключение на такой отчет не позднее 1 сентября представляется Счетной палатой в Государственную Думу и Совет Федерации. Нередко в заключении указываются выявленные проблемы и недостатки. Так, например, Счетной палатой РФ установлено, что в 2022 году за счет средств нормированного страхового запаса ФОМС предоставлялись межбюджетные трансферты территори-

¹ См.: Отчет о работе Счетной палаты в 2022 году // Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации. URL: https://ach.gov.ru/reports/report_2022#main

² См.: Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2020. № 2 (254). С. 98.

альным фондам ОМС на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения профилактических осмотров и диспансеризации населения. Однако, результаты анализа фактического использования медицинскими организациями указанных средств свидетельствуют о том, что по итогам 2022 года присутствует тенденция к их низкому освоению (использовано только 3,2 % объема выделенных средств), а в 35 субъектах Российской Федерации не использовано ни одного рубля на указанные цели¹.

На региональном уровне внешний финансовый контроль за использованием средств ОМС осуществляется контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации, которые осуществляют проверку отчетности об исполнении бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов и по итогам таких проверок предоставляют заключения законодательному (представительному) органу государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации.

Проведенное исследование показывает, что в сфере медицинской деятельности пересекаются контрольно-надзорные полномочия разных ведомств и организаций. В настоящее время представляется возможным говорить о наличии субъектов, составляющих систему контроля и надзора за государственным финансированием здравоохранения, в которую включаются субъекты, осуществляющие контроль за использованием средств ОМС. Задачей дальнейших научных разработок, актуальность которых очевидна, на этом этапе является исследование сложившейся модели контроля и надзора за государственным финансированием здравоохранения и формирование предложений по повышению ее эффективности. Данный этап проведенного исследования позволяет систематизировать виды контроля и надзора за государственным финансированием здравоохранения, в которые включаются виды контроля за использованием средств ОМС, а также субъектов, их осуществляющих. В частности, полномочиями по контролю и надзору за государственным финансированием здравоохранения обладают:

¹ См.: Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2022 год, представленный Правительством Российской Федерации Счетной палате Российской Федерации (утверждено Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 23 июня 2023 года. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b00/q1e11n3g4p2azd1fhyc0y65wk7l9sc3e.pdf>

1) органы бюджетного контроля (осуществляют контроль и за бюджетными ассигнованиями, и за средствами ОМС): внутренний контроль осуществляется Федеральным казначейством, а внешний контроль – Счетной палатой Российской Федерации и контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации (действуют на основании норм Бюджетного кодекса Российской Федерации);

2) органы контроля в сфере ОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации (осуществляют деятельность на основании Федерального закона № 326-ФЗ, подзаконных нормативно-правовых актов, нормативных актов ФОМС);

3) орган надзора за страховыми медицинскими организациями – Центральный банк Российской Федерации (выполняет полномочия на основании закона РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»);

4) орган надзора за медицинскими организациями – Росздравнадзор (контрольные полномочия регламентированы постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения»);

5) органы, осуществляющие функции учредителя медицинской организации государственной (муниципальной) систем здравоохранения – обеспечивают контроль за деятельностью учрежденных организаций, в том числе внутренний финансовый контроль и внутренний финансовый аудит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам написания монографии осуществлено исследование финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС, а также сформулированы основополагающие теоретические выводы и предложены практические рекомендации по совершенствованию норм финансового законодательства и оптимизации правоприменительной практики в указанной сфере.

Проведенный анализ истоков и факторов, повлиявших на процесс развития финансово-правового регулирования ОМС и деятельности субъектов, вовлеченных в данную сферу, в различные исторические периоды российской государственности, позволил понять, что существование системы ОМС в России находится в зависимости от политического строя, экономики и степени принятия государством социальных обязательств перед обществом.

Социальное обеспечение является важнейшим государственным обязательством, которое оно осуществляет посредством доступных механизмов финансирования: распределительного или страхового. История показывает, что в разные периоды государство использовало один из них либо оба. В настоящее время финансовое обеспечение в данной сфере также складывается из нескольких источников: за счет страховых ресурсов и в рамках бюджетного финансирования. При этом в Российской Федерации наблюдается отсутствие четкой концепции государственной политики относительно сочетания данных механизмов финансового обеспечения прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи.

Предмет финансово-правового регулирования ОМС составляют общественные отношения по планомерному формированию, распределению и использованию финансовых ресурсов ОМС субъектами данных правоотношений, по контролю за использованием таких финансовых ресурсов, а также отношения по привлечению субъектов к ответственности за нарушения в использовании денежных фондов ОМС.

Сущность финансово-правового регулирования ОМС раскрывается через цель и принципы, которые обеспечивают системность правового регулирования данной сферы. Целью финансово-правового регулирования в сфере ОМС является обеспечение денежными ресурсами непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи надлежащего объема и качества.

Финансово-правовое регулирование ОМС определено как нормативно-правовое регулирование отношений в сфере формирования, распределения, использования и контроля за использованием финансовых ресурсов ОМС в целях обеспечения непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи надлежащего объема и качества.

В настоящее время правоведами не рассматриваются и не систематизируются принципы финансово-правового регулирования ОМС. В рамках решения данной задачи разработано определение рассматриваемого понятия и сформирована система принципов финансово-правового регулирования ОМС. Предложено рассматривать их как комплекс обязательных требований к содержанию нормативно-правового регулирования, обеспечивающих интересы субъектов ОМС в процессе непрерывного предоставления застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи надлежащего качества и объема.

Финансово-правовое регулирование ОМС необходимо базировать на принципах: социальной направленности финансово-правового регулирования системы ОМС; законности осуществления финансовой деятельности в сфере ОМС, гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств ОМС при наступлении страхового случая независимо от финансового положения страховщика, общественной солидарности при распределении финансовых средств ОМС, ответственности государства в области финансово-правового регулирования ОМС, обязательности уплаты страхователями страховых взносов, устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Планирование, рассматриваемое обычно как один из принципов регулирования финансовых правоотношений, предлагается не относить к числу принципов правового регулирования в сфере ОМС. Плановость рассматривается как способ повышения эффективности любой деятельности, в том числе и в сфере ОМС. Такой подход не означает отказа от значимости планирования, а направлен на установление его адекватной правовой природы. Рассмотрение планирования как юридического принципа на практике позволяет аргументировать допустимость отказа от оказания медицинской помощи на основании ее незапланированности или исчерпания запланированных объемов.

Для обеспечения системного финансово-правового регулирования необходимо, чтобы цели и принципы рассматриваемой де-

тельности были отражены в содержании нормативных правовых актов, регулирующих ее. В условиях многочисленности таких актов решалась задача их систематизации в целях уяснения объема комплекса правового регулирования, который должен соответствовать указанным принципам и обеспечивать достижение обозначенной выше цели. Аргументировано, что особое внимание в этой части необходимо уделять содержанию подзаконных нормативных актов: постановлений Правительства РФ, приказов Министерства здравоохранения РФ, актов органов власти субъектов РФ, актов Федерального фонда ОМС, тарифных соглашений по ОМС.

Современная действительность характеризуется расширением состава общественных отношений, регламентированных одновременно несколькими отраслями права. Правоотношения в области здравоохранения и предоставления медицинской помощи не являются исключением. Рассматриваемые общественные отношения обладают межотраслевым характером, что позволяет утверждать о функционировании медицинского права как самостоятельной комплексной отрасли законодательства. Финансовая деятельность субъектов ОМС неотделима от самого осуществления медицинской деятельности, в связи с чем правовые нормы в области финансово-правового регулирования системы ОМС образуют институт финансового обеспечения оказания медицинской помощи средствами ОМС и входят в предмет медицинского права.

Разграничение в законодательстве понятий «субъекты ОМС» и «участники ОМС» потребовало проверки его обоснованности и анализа на предмет соответствия принципам финансово-правового регулирования ОМС. Наличие двух категорий лиц, участвующих в данных правоотношениях, приводит к возможности ошибочного толкования законодательных актов. В целях устранения возможных коллизий и спорных ситуаций представляется необходимым отказаться от такой дифференциации и выделять только субъектов правоотношений по обязательному медицинскому страхованию. В этой связи разработаны рекомендации о внесении изменений в статью 9 федерального закона № 326-ФЗ.

Осуществлено рассмотрение основных характеристик финансово-правового статуса субъектов правоотношений по ОМС в их взаимодействии друг с другом (Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации, застрахованные лица, страхователи, медицинские организации). По его итогам установлено, что сформулированные нормативно цели их финансовой деятельности, задачи и полномочия, права

и обязанности в достаточной степени обеспечивают достижение цели финансово-правового регулирования ОМС и отражают принципы финансово-правового регулирования ОМС. Выявлены и проблемные аспекты.

Так, механизм взаимодействия страховых медицинских организаций и медицинских организаций в настоящее время не позволяет обеспечить реализацию принципа гарантированного бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам за счет средств ОМС при наступлении страхового случая. В практике возникают ситуации, когда медицинские организации в силу объективных причин и экстренного оказания медицинской помощи, превышают предельные объемы предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Страховые медицинские организации часто отказывают в оплате такой помощи в связи с исчерпанием запланированного объема. Данная ситуация связана с недостаточно эффективным механизмом планирования объемов медицинской помощи, предоставляемой за счет средств ОМС. Суды, в некоторых случаях, обоснованно отмечают, что медицинские организации не должны нести негативные последствия недостатков планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения.

В этой связи в целях осуществления непрерывного предоставления медицинской помощи надлежащего качества и объема застрахованным лицам за счет ОМС в рамках территориальной программы государственных гарантий при наступлении страхового случая представляется необходимым внести изменения в пункт 7.1. типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н, дополнив его абзацем два.

Проблему низкой эффективности планирования финансового обеспечения оказания медицинской помощи за счет средств ОМС предлагается устранить путем установления дополнительных критериев планирования, таких как: осуществление прогноза заболеваемости взаимозависимых лиц – беременных женщин и новорожденных детей; наличие реальной практики применения определенных форм и методов лечения конкретного заболевания и развития соответствующей инфраструктуры для применения таких методов в конкретном субъекте Российской Федерации; использование данных о наличии задолженностей у учреждений

здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

В целях нормативного закрепления вышеуказанных факторов представляется необходимым внести изменения в главу 5 «Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования» федерального закона № 326-ФЗ, дополнив ее статьей 32.1.

На основании анализа деятельности субъектов правоотношений в сфере ОМС по достижению цели финансово-правового регулирования ОМС установлено, что страхователи работающих и неработающих граждан, ФОМС, налоговые органы и Федеральное казначейство участвуют в отношениях по формированию денежных фондов ОМС. Отношения по распределению средств ОМС осуществляются между субъектами, распределяющими и получающими данные средства. Полномочия по распределению средств ОМС присутствуют в финансово-правовом статусе ФОМС, ТФОМС, а также субъектов, составляющих комиссию по разработке территориальной программы ОМС. Получателями денежных средств в рассматриваемых отношениях являются государственные, муниципальные и частные медицинские организации.

Исследовался вопрос об эффективности реализации полномочий по распределению денежных средств ОМС территориальными фондами ОМС. Выявлены такие проблемы в организации деятельности ТФОМС, как: недостаточная эффективность деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС в субъекте РФ при распределении объемов помощи между медицинскими организациями, оплата которой осуществляется за счет средств ОМС (это подтверждается судебной практикой, проверками ФАС и контрольными мероприятиями Счетной палаты РФ); отсутствие возможности применения санкций и обязательных к исполнению требований об устранении нарушений к органам исполнительной власти и территориальным фондам ОМС со стороны ФОМС при выявлении ошибок и пробелов в территориальных программах ОМС; дублирование территориальными фондами ОМС некоторых полномочий ФОМС. Зарубежный опыт свидетельствует об отсутствии отдельных территориальных фондов или же территориальных органов власти, обладающих функциями контроля в сфере ОМС или посредническими функциями между основным фондом, аккумулирующим все финансовые средства ОМС и организациями, осуществляющими непосредственную оплату медицинской помощи. Аргументирована возможность повышения эффективности администрирования путем формирования механизма подчинения

территориальных фондов ОМС Федеральному фонду ОМС. Таким образом, новыми аргументами поддержано мнение, что наиболее эффективно территориальные фонды ОМС будут осуществлять деятельность, находясь под управлением ФОМС.

Согласно законодательству в процесс предоставления бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС вовлечены и частные медицинские организации. Установлено, что их присутствие в системе ОМС имеет незначительный характер, что ставит под сомнение рыночный характер предоставления медицинских услуг и формирует условия для ограничения конкуренции в сфере медицинской деятельности. В целях устранения таких условий и повышения качества оказания медицинской помощи за счет средств ОМС обосновывается важность привлечения в систему ОМС большего числа медицинских организаций частной формы собственности.

Субъектами правоотношений по использованию средств ОМС являются ФОМС, ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Установлено, что использование средств ОМС происходит в рамках заключения и реализации договоров на финансовое обеспечение ОМС, на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. В юридической науке в настоящее время нет единого мнения о правовой природе данных договоров. Выдвинуто и аргументировано мнение о том, что данные договоры являются публичными финансово-правовыми договорами.

Выявлено использование средств ОМС не только на территории России, но также и на территории временно арендованного Россией города Байконур. Фактические бюджетные правоотношения, осуществляемые между РФ и данной административно-территориальной единицей урегулированы международно-правовым актом, однако в бюджетном законодательстве отсутствует нормативное закрепление порядка осуществления данных правоотношений. В целях обозначения четких границ правового регулирования бюджетных правоотношений между Российской Федерацией и арендованными территориями и закрепления прав и обязанностей сторон данных отношений предлагается внести изменения в Бюджетный кодекс Российской Федерации и дополнить его статьей 8.1.

Телемедицинские технологии как новое активно развивающееся направление медицинской деятельности требует решения вопроса об источниках финансирования, обеспечивающих внедрение та-

ких технологий. Федеральный закон № 242-ФЗ, устанавливающий возможность применения телемедицинских технологий на территории России, не определяет, на какой основе гражданам могут оказываться консультации с их применением: бесплатной или платной. Обосновано, что средства ОМС могут быть направлены на эти цели в части финансирования оказания консультаций с применением телемедицинских технологий. Для реализации данного предложения представляется целесообразным внести изменения в законодательство: дополнить статью 83 федерального закона № 323-ФЗ пунктом 12 и изменить часть 6 статьи 35 федерального закона № 326-ФЗ.

Проведена систематизация органов, обладающих полномочиями по контролю и надзору за государственным финансированием здравоохранения, составной частью которого является контроль за использованием средств ОМС. К таковым относятся: органы бюджетного контроля; органы контроля в сфере ОМС; орган надзора за страховыми медицинскими организациями; орган надзора за медицинскими организациями; органы, осуществляющие функции учредителя медицинской организации государственной (муниципальной) систем здравоохранения.

Органы бюджетного контроля (осуществляют контроль и за бюджетными ассигнованиями, и за средствами ОМС): внутренний контроль осуществляется Федеральным казначейством, внешний контроль – Счетной палатой Российской Федерации и контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации (действуют на основании норм Бюджетного кодекса Российской Федерации). *Органы контроля в сфере ОМС* – Федеральный фонд ОМС, Министерство здравоохранения Российской Федерации, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации (осуществляют деятельность на основании Федерального закона № 326-ФЗ, подзаконных нормативно-правовых актов, нормативных актов ФОМС). *Орган надзора за страховыми медицинскими организациями* – Центральный банк Российской Федерации (выполняет полномочия на основании закона РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»). *Орган надзора за медицинскими организациями* – Росздравнадзор (контрольные полномочия регламентированы постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения»). *Органы, осуществляющие функции учредителя медицинской организации государственной (муниципальной) систем здравоохранения*

(обеспечивают контроль за деятельностью учрежденных организаций, в том числе внутренний финансовый контроль и внутренний финансовый аудит).

Аргументировано, что ответственность медицинских организаций за некачественное оказание медицинской помощи, возникающая по результатам проведения контроля оказанной ими медицинской помощи и предусмотренная договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, обладает финансово-правовой природой.

Установлено, что медицинские организации уплачивают штрафы по результатам проведения контроля оказанной ими медицинской помощи, зачастую, из средств ОМС, в результате чего происходит не только перемена сущности денежных средств из публичных в частные, но также возникает и риск злоупотребления страховыми медицинскими организациями своими полномочиями посредством вынесения необоснованных решений о привлечении к финансовым санкциям медицинских организаций по результатам проведения экспертиз в целях увеличения доходов страховой медицинской организации. Аргументирована возможность закрепления обязанности медицинских организаций уплачивать штрафные санкции страховым медицинским организациям и территориальному фонду ОМС за счет собственных средств, а не посредством использования финансовых ресурсов ОМС.

Для этого предложено внести дополнения в статью 41 Федерального закона № 326-ФЗ, а также пункт 20 типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию изложить в иной редакции.

Выявлена проблема наличия необоснованных отказов или длительного ожидания оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам при предложении той же самой медицинской помощи в данной медицинской организации на платной основе. Для устранения данной проблемы предложено формирование более открытой системы предоставления бесплатной медицинской помощи, чтобы застрахованные лица могли понимать, какие конкретные виды медицинской помощи они могут получить бесплатно, какое количество квот распределено медицинским организациям, в течение какого времени должна быть оказана медицинская помощь и какое количество денежных средств затрачено в рамках предоставления им бесплатной медицинской помощи по ОМС. Представляется необходимым получение данных сведений в элек-

тронной форме через личный кабинет пациента «Мое здоровье» на официальном портале государственных услуг Российской Федерации посредством предоставления услуги «Сведения о возможности предоставления бесплатной медицинской помощи по ОМС».

Предпринятый анализ финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС может обеспечить научную основу для дальнейших теоретических исследований и разработки практических рекомендаций по совершенствованию ее нормативной регламентации. В рамках исследования выявлены проблемы, которые могут возникать в процессе деятельности субъектов правоотношений по ОМС и требуют дальнейшего изучения. В частности, объектом самостоятельного научного исследования могут стать вопросы, связанные с местом и ролью страховых медицинских организаций в системе финансовых правоотношений; формированием института защиты интересов пациентов, в рамках которого возможно рассмотрение порядка взаимодействия субъектов правоотношений по ОМС с финансовым уполномоченным; критериями распределения объемов предоставляемой медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС между государственными и частными медицинскими организациями и необходимостью расширения участия последних в системе обязательного медицинского страхования. Ресурсы ОМС используются в условиях отсутствия устойчивой модели распределения бремени расходов на здравоохранение между источниками финансирования данной системы, которая не сформирована в формате внятной концепции государственной политики, что также является важной задачей перспективных научных изысканий.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Монографии, учебники, учебные пособия

1. *Акинин И. Л.* История русской средневековой медицины. Л.: ВМА, 1988.
2. *Алексеев С. С.* Государство и право. Начальный курс. М.: Юрид. лит, 1994.
3. *Анохин П. К.* Избранные труды: философские аспекты теории систем. М.: Наука, 1978.
4. *Арсланбекова А. З.* Финансово-правовые санкции в системе мер юридической ответственности: монография. М.: Информационно-внедренческий центр «Маркетинг», 2008.
5. *Бахрах Д. Н.* Очерки теории российского права. М.: Норма, 2008.
6. *Ведяхин В. М.* Факторы формирования и реализации принципов права. Самара: Изд-во Самар. гос. экон. акад, 2005.
7. *Винницкий А. В.* Публичная собственность. М.: Статут, 2013.
8. *Ганин О. В., Мещерякова С. В.* Правовые основы медицинского страхования граждан Российской Федерации: учеб. пособие. Тамбов: Изд-во ФГБОУ ВПО «ТГТУ», 2014.
9. *Грачева Е. Ю.* Правовые основы страхования: учеб. пособие. М.: Проспект, 2015.
10. *Гуров А. Н., Сибатян С. М., Николаева Е. В.* Организация оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях: учебное пособие. М.: ГБУЗ МО МОНИКИ, 2017.
11. *Дамье Н.* Страхование на случай болезни в Германии (донесение консула в Мемеле) // Сборник консульских донесений за 1906 г. СПб.: Товарищество Художественной Печати, 1906. Вып. I.
12. *Запольский С. В.* Теория финансового права: Научные очерки. М.: РАП, 2010.
13. *Ильин А. И.* Планирование на предприятии. М.: Новое знание, 2008.
14. *Карасева М. В.* Финансовое право. Общая часть: учебник. М.: Юристъ, 2004.
15. *Карасёва М. В.* Финансовое правоотношение. Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 1997.
16. *Клир Дж.* Системология. М.: Радио и связь, 1973.
17. *Колоколов Г. Р.* Медицинское право: учеб. пособие. М.: Дашков и К, 2012.
18. *Конин Н. М.* Административное право: учебник для бакалавров. М.: Издательство Юрайт, 2014.

19. Крохина Ю. А. Финансовое право России: учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, 2011.
20. Кудрявцев В. Н. Эффективность правовых норм. М.: Юрид. лит., 1980.
21. Кудряшова Е. В. Принцип плановости финансовой деятельности государства (правовые аспекты): монография. М.: Финансовый университет при Правительстве РФ, 2011.
22. Кулапов В. Л. Теория государства и права: учебник. М.: Норма, 2008.
23. Кутафин О. Е. Плановая деятельность Советского государства (государственно-правовой аспект). М.: Юрид. лит., 1980.
24. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
25. Луман Н. Общество как социальная система. М.: Логос, 2004.
26. Лупарев Е. Б., Добробаба М. Б., Мокина Т. В. Общая теория публичных правоотношений: монография. М.: Юрлитинформ, 2011.
27. Лушников А. М., Лушникова М. В., Тарусина Н. Н. Договоры в сфере семьи, труда и социального обеспечения (цивилистическое исследование): учеб. пособие. Ярославль: ЯрГУ, 2008.
28. Манохин В. М. Административное право России: учебник. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2010.
29. Маркс К. Сочинения. 2-е изд., т. 25, ч. II. М.: Госполитиздат, 1955.
30. Маркузон Ф. Д. Статистика социального страхования. М.: Вопросы труда, 1925. Вып. 1.
31. Медицинское страхование / сост. Ю. П. Лисицын, В. И. Стародубов, В. В. Гришин и др. М.: Медицина, 1995.
32. Миронова Т. К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: учеб. пособие. М.: Юстицинформ, 2018.
33. Мушинский К. А. Устройство общественного призрения в России. СПб. Тип. М-ва внутр. дел, 1862.
34. Организация обязательного медицинского страхования в современных условиях: учеб. пособие для студентов / сост. Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева, С. В. Макаров, Н. Н. Абашин. Иркутск: ИГМУ, 2016.
35. Очерки финансово-правовой науки современности: монография / под общ. ред. Л. К. Вороновой и Н. И. Химичевой. Москва – Харьков: Право, 2011.
36. Памятники русского права / под ред. С. В. Юшкова. М.: Гос. изд. юр. л-ры, 1952.
37. Правовое регулирование финансового контроля. Виды, формы и методы финансового контроля и надзора: учебник для

магистратуры / сост. Л. Л. Арзуманова, О. В. Болтинова, Е. Ю. Грачева, Т. Э. Рождественская, А. А. Ситник, Ю. К. Цареградская / отв. ред. Е. Ю. Грачева. М.: Норма: ИНФРА-М, 2020.

38. Принципы российского права: общетеоретический и отраслевой аспекты / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. Саратов: Изд-во СГАП, 2010.

39. *Ровинский Е. А.* Основные вопросы теории советского финансового права. М.: Госюриздат, 1960.

40. *Россинский Б. В., Старилов Ю. Н.* Административное право: учебник. 4-е изд., пересм. и доп. М.: Норма, 2009.

41. *Рукавишников И. В.* Метод финансового права / отв. ред. Н. И. Химичева. 3-е изд. М.: Норма, 2011.

42. *Русакова О. И., Хитрова Е. М., Абашин Н. Н., Коршунова А. А.* Медицинское страхование: учеб. пособие. Иркутск: Изд-во БГУ, 2016.

43. *Саттарова Н. А.* Финансово-правовая ответственность: учеб. пособие. Казань: Познание, 2009.

44. *Сенякин И. Н.* Федерализм как принцип российского законодательства. Саратов: Изд-во Саратов. гос. акад. права, 2007.

45. Советское бюджетное право / под ред. М. И. Пискотина. М.: Юрид. лит., 1971.

46. *Соколова Л. Е.* Разработка управленческого решения. М.: Высшее образование, 2009.

47. *Соколова Э. Д.* Правовые основы финансовой системы России // под ред. Е. Ю. Грачевой. М., 2006.

48. *Сорокина Т. С.* История медицины: учебник в 2 т. М.: Академия, 2008. Т. 2.

49. Социальное страхование: учебник / сост. Н. А. Кричевский, А. К. Соловьев, И. Ю. Маркушина, А. А. Гудков; под ред. Н. А. Кричевского. М.: Дашков и К, 2007.

50. Стратегическое планирование / под ред. Э. А. Уткина. М.: ЭКМОС, 1999.

51. Теория государства и права: учеб.-метод. пособие / под ред. М. И. Байтина. Саратов: Саратов. юрид. ин-т им. Д. И. Курского, 1980.

52. Теория государства и права / под ред. Н. И. Матузова, А. В. Малько. М.: Юристъ, 2004.

53. Теория государства и права: учебник / под ред. О. Ю. Рыбакова. М.: Юстиция, 2021.

54. Территория в публичном праве / сост. И. А. Алебастрова, И. А. Исаев, С. В. Нарутто и др. М.: Норма, Инфра-М, 2013.

55. *Тихомиров Ю. А.* Управленческое решение. М.: Наука, 1972.

56. *Тихомиров Ю. А.* Публичное право. М.: БЕК, 1995.

57. Управление бюджетными ресурсами и доходами (правовые вопросы): монография / Д. Л. Комягин, Х. В. Пешкова, С. В. Запольский и др.; под ред. С. В. Запольского. М.: Прометей, 2017.
58. Философский энциклопедический словарь. М., 2002.
59. Финансовое право: учебник / отв. ред. Н. И. Химичева, Е. В. Покачалова. 6-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, Инфра-М, 2019.
60. Финансовое право: учебник для академического бакалавриата / под общ. ред. С. В. Запольского. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2015.
61. Финансы и кредит СССР: учебник / сост. Л. А. Дробозина, Д. А. Аллахвердян, В. В. Деменцев и др. М.: Финансы и статистика, 1982.
62. *Химичева Н. И.* Субъекты советского бюджетного права. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1979.
63. *Цыганова О. А.,* Ившин И. В. Медицинское страхование: учеб. пособие. Архангельск: Изд-во Северного гос. мед. ун-та, 2010.
64. *Цыпкин С. Д.* Финансово-правовые институты, их роль в совершенствовании финансовой деятельности Советского государства. М.: Изд-во МГУ, 1983.
65. *Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкратова О. Ф.* Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2019.
66. *Шохин С. О., Ситник А. А., Артемов Н. М.* Финансово-правовое регулирование внешнеэкономической деятельности. М.: Проспект, 2018.
67. Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницкой, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018.
68. Элементарные начала общей теории права / под ред. В. И. Червонюка. М.: КолосС, 2003.
69. *Яковлев В. Ф.* Правовое государство: вопросы формирования. М.: Статут, 2012.
70. *Янковская В. В.* Планирование на предприятии. М.: Инфра-М, 2018.

Статьи в периодических изданиях и сборниках научных трудов

71. *Авакьян С. А.* Проблемы конституционно-правовой ответственности (по материалам конференции на юридическом факультете) // Вестник МГУ. Сер. 11 «Право». 2000. № 3.
72. *Алексеев В. А.* Здравоохранение Израиля // Медицинские новости. 2011. № 4.

73. *Андреева А. А.* Законодательное регулирование и судебная практика оплаты медицинский помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной с превышением установленных объемов // *Юридическая наука.* 2019. № 11.

74. *Андреевский К. В.* Финансовый договор как разновидность публичного договора // *Евразийская адвокатура.* 2018. № 1 (32).

75. *Анохин А. А.* Основные континентальные воззрения на соотношение договорной и деликтной ответственности // *Юридическая наука.* 2020. № 8.

76. *Антонов М. В.* О системности права и «системных» понятиях в правоведении // *Известия высших учебных заведений. Правоведение.* 2014. № 1.

77. *Арзуманова Л. Л.* К вопросу об аудите в системе финансового права // *Государственный и муниципальный финансовый контроль.* 2017. № 1.

78. *Артемов Н. М.* Публичное страхование в российском финансовом праве: вопросы теории и практики // *Государство и право.* 2014. № 6.

79. *Астахова М. А.* Нотариус как субъект международных частноправовых отношений // *Нотариус.* 2019. № 7.

80. *Ахмедов Д. А.* Правовая природа федеральных целевых программ и их роль в системе программно-целевого управления публичными финансами // *Пробелы в российском законодательстве.* 2009. № 1.

81. *Ашмарина Е. М.* К вопросу об объеме финансово-правового регулирования // *Вестник Университета имени О. Е. Кутафина.* 2014. № 4.

82. *Бакаева О. Ю.* Финансово-правовой статус как юридическая категория (на примере таможенных органов) // *Очерки финансово-правовой науки современности: монография / под общ. ред. Л. К. Вороновой и Н. И. Химичевой.* Москва – Харьков: Право, 2011.

83. *Батырева А. М.* Финансовое планирование в системе управления бизнесом // *Вестник науки и образования.* 2020. № 1-1 (79).

84. *Беликов Е. Г., Беликова А. В.* Общие принципы права в социально ориентированной финансовой деятельности государства // *Вестник Поволжского института управления.* 2016. № 2.

85. *Беликов Е. Г.* О понятии принципов финансового права как ориентира социального развития российского государства // *Вестник СГЮА.* 2015. № 5 (106).

86. *Бехер В. В., Лайченкова Н. Н.* К вопросу о роли оптимизации бюджетного законодательства Российской Федерации в процессе

формирования бюджетной грамотности населения // Правовая политика и правовая жизнь. 2020. № 1.

87. *Бит-Шабо И. В.* К вопросу о правовом регулировании ответственности государственных социальных внебюджетных фондов: проблемы научной дифференциации // Вестник СГЮА. 2015. № 4 (105).

88. *Бит-Шабо И. В.* К вопросу о принципах функционирования социальных государственных внебюджетных фондов // Вестник СГЮА. 2013. № 2 (91).

89. *Болтинова О. В.* «Планирование» в проекте новой редакции Бюджетного кодекса Российской Федерации // Актуальные проблемы российского права. 2018. № 3 (88).

90. *Бурдонова О. В.* Субъекты финансово-контрольных правоотношений в рамках контрактной системы: отдельные вопросы классификации // Ленинградский юридический журнал. 2018. № 2 (52).

91. *Веремева О. В.* О специфике публичных договоров в финансовом праве: некоторые вопросы теории и практики // Финансовое право. 2019. № 6.

92. *Владимирский А. В.* Образовательные аспекты телемедицины // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2018. № 1-2 (6-7).

93. *Воронова Л. К.* Принципы финансового права : материалы междунар. науч.-практ. конф. Харьков: Право, 2012.

94. *Воротынцев А. С.* Направления развития институтов финансового права, нашедших свое отражение в научных трудах Н. И. Химичевой // Устойчивое развитие науки и образования. 2018. № 11.

95. *Гаджиев Г. А.* Договор как общеправовая ценность (к вопросу о генезисе юридической эпистемологии) // Журнал российского права. 2019. № 1.

96. *Горбунова О. Н.* О Михаиле Ивановиче Пискотине и его книге «Советское бюджетное право» // Финансовое право. 2016. № 8.

97. *Гордеев Э. А.* Актуальные вопросы арбитражной практики в системе ОМС (опыт Санкт-Петербурга) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 3.

98. *Горлова Е. Н.* Понятие и признаки публичного договора в финансовом праве // Актуальные проблемы российского права. 2009. № 3.

99. *Грандонян К. А., Лайченкова Н. Н.* Принцип эффективности в отраслевом законодательстве Российской Федерации // Эффективность отраслевого правового регулирования: коллективная монография / под общ. ред. Н. Н. Лайченковой. Саратов: Изд-во Са-

рат. соц.-экон. ин-та (филиала) ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2019.

100. *Грачева Е. Ю.* К вопросу о сущности финансового права // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА). 2020. № 9 (73).

101. *Гриценко В. В.* Административное судопроизводство как способ обеспечения законности нормативных правовых актов в финансовой сфере // Журнал административного судопроизводства. 2019. № 3.

102. *Гриценко В. В., Мазурин В. В.* Влияние цифровой экономики на правовое регулирование финансов: частноправовой аспект // Алтайский юридический вестник. 2019. № 2 (26).

103. *Гриценко В. В.* К вопросу о приоритетах государственной политики в сфере охраны здоровья в условиях изменения механизмов финансирования в российском здравоохранении // Право и государство в современном мире: состояние, проблемы, тенденции развития: матер. междунар. науч.-теорет. конф. – III Международные «Мальцевские чтения» – памяти заслуж. деятеля науки РФ, чл.-корр. РАН, д-ра юрид. наук, проф. Мальцева Геннадия Васильевича (21–22 апреля 2016 г.). Белгород: ООО «ГиК», 2016.

104. *Гриценко В. В.* К вопросу об особенностях бюджетного планирования в 2016 году // Финансовое право. 2016. № 8.

105. *Гриценко В. В., Бабылкина Е. В.* Конституционные основы контрактной системы в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд // Конституционализм и государствоведение. 2019. № 4 (16).

106. *Гриценко В. В.* Об особенностях контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья граждан (на примере деятельности Росздравнадзора) // Актуальные вопросы контроля и надзора в социально значимых сферах деятельности общества и государства: матер. II всерос. науч.-практ. конф. / отв. ред. А. В. Мартынов. Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. ун-та им. Н. И. Лобачевского, 2016.

107. *Гриценко В. В., Глуценко А. Н.* Сравнительно-правовой анализ российского и зарубежного механизмов функционирования саморегулирования в здравоохранении: административно-правовой аспект // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Право. 2016. № 2 (25).

108. *Гриценко В. В.* Ценность налогово-правовых концепций Н. И. Химичевой для развития современного налогового права // Вестник СГЮА. 2019. № 1 (126).

109. *Гриценко В. В.* Цифровая экономика как механизм повышения эффективности государственного управления в Российской Федерации // Вестник СГЮА. 2019. № 1 (126).

ской Федерации // Право и власть: основные модели взаимодействия в многополярном мире: сб. тр. междунар. науч.-практ. конф. (2–3 июня 2017 г.) [редкол.: В. В. Денисенко (отв. ред.), М. А. Беляев]. Воронеж: Наука- ЮНИПРЕСС, 2017.

110. *Гутников О. В.* Основания разработки категории корпоративной ответственности в гражданском праве // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2019. № 4.

111. *Даванков А. Ю., Рипка Я. В., Ключникова В. Р.* Методологические аспекты планирования регионального социоэколого-экономического развития // Вестник Челябинского государственного университета. 2014. № 5 (334).

112. *Данцигер Д. Г., Говор Р. А., Филимонов С. Н., Андриевский Б. П., Часовников К. В.* Государственно-частное партнерство в здравоохранении Новокузнецка: итоги трехлетнего опыта работы медицинского центра «Гранд Медика» // МвК. 2020. № 3.

113. *Демичев А. А.* Позитивистская классификация принципов гражданского процессуального права Российской Федерации // Арбитражный и гражданский процесс. 2005. № 7.

114. *Джамбулова Ш. Ж., Кузнецова Е. К., Тимофеева Н. А.* Государственные программы как инструмент увязки стратегического и бюджетного планирования в Омской области // Вестник СИБИТа. 2016. № 1 (17).

115. *Дмитрик О. А.* Источники финансового права как система: содержание и соотношение составляющих // Очерки финансово-правовой науки современности: монография / под общ. ред. Л. К. Вороновой и Н. И. Химичевой. Москва-Харьков: Право, 2011.

116. *Землянский А. А., Федорова О. В.* Программно-целевое управление государственным долгом // Вестник науки и образования. 2018. № 1 (37).

117. *Землячева О. А., Мерзликина Ю. В.* Обязательное и медицинское страхование в России // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. 2015. № 2 (31).

118. *Иванов В. В.* К вопросу об общей теории договора // Государство и право. 2000. № 12.

119. *Индейкин Е. Н.* Почему провалилась реформа здравоохранения в США // Главный врач. 2004. № 1.

120. *Истомина Н. А.* Влияние финансовых решений государства на бюджетное планирование в субъектах Федерации // Известия Иркутской государственной экономической академии. 2016. № 2.

121. *Кадыров Ф. Н.* На вопросы отвечает Д. Э. Н. Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. 2017. № 6.

122. *Кадыров Ф. Н., Куфтова Ю. В.* Обзор судебной практики по вопросам оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2019. № 4.
123. *Калабеков Ш. В.* О понимании конструкции «договор» // Юристъ. 2003. № 11.
124. *Канева С. Ю.* Правовое положение субъектов и участников в обязательном медицинском страховании (правовые проблемы застрахованного лица) // Вестник Московского университета МВД России. 2014. № 2.
125. *Карасева М. В.* Предмет и система финансового права: доклад на междунар. науч.-практ. конф. по проблемам финансового права (Бюджет-налоги-право) // Государство и право. 1998. № 10.
126. *Карпов А. В.* Анализ действующих нормативных основ в сфере стратегического планирования на федеральном уровне в отрасли образования // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2017. № 2 (347).
127. *Качаева Т. М., Дей А. А.* Исторические аспекты становления страховой медицины // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 1.
128. *Квятковский И. Е.* Финансовое планирование в здравоохранении в условиях институциональных изменений // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2013. № 23.
129. *Комягин Д. Л.* К вопросу о публичных доходах: проблемы правового регулирования и пути их разрешения // Финансовое право. 2018. № 11.
130. *Косоногова С. В., Потапов А. М.* Финансы страхования как элемент финансовой системы Российской Федерации // Вопросы современной юриспруденции. 2014. № 42.
131. *Крохина Ю. А.* Принципы финансового права: постановка проблемы систематизации // Ленинградский юридический журнал. 2013. № 3 (33).
132. *Кудряшова Е. В.* Правовые аспекты финансового планирования в сфере государственных расходов // Журнал российского права. 2018. № 12 (264).
133. *Курченков В. В., Макаренко О. С., Курченкова М. В.* К вопросу об институциональном статусе государственных корпораций // Вестник АГТУ. Серия: Экономика. 2019. № 1.
134. *Кучина Д. В.* Анализ распределения квот ОМС между государственными и частными медицинскими учреждениями // Бизнес-образование в экономике знаний. 2020. № 1 (15).

135. *Лаврова Ю. А.* Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ // *Финансы*. 2003. № 8.

136. *Лазарова Л. Б., Мардеян Н. А., Бурдули И. Н.* Опыт государственного медицинского страхования в Израиле // *Российское предпринимательство*. 2014. № 17 (263).

137. *Лайченкова Н. Н.* Налогообложение автономных некоммерческих организаций в системе функционирования Российской Федерации как социального государства // *Право и общество в условиях глобализации: перспективы развития: сб. науч. тр. междунар. науч.-практ. конф. (12 декабря 2016 г.)*. Саратов: Изд-во Сарат. соц.-экон. ин-та (филиала) ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2017.

138. *Лайченкова Н. Н.* Нормативно-правовое обеспечение цифровизации региона (на примере Саратовской области) // *Цифровизация экономики России: институты, механизмы, процессы: коллективная монография*. Саратов: Изд-во Сарат. соц.-экон. ин-та (филиала) ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2019.

139. *Лайченкова Н. Н.* Отдельные аспекты соотношения понятий «экономическая эффективность» и «эффективность финансового права» // *Ленинградский юридический журнал*. 2018. № 2 (52).

140. *Лайченкова Н. Н., Нефедова С. А.* Проблемы становления института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации // *Ленинградский юридический журнал*. 2017. № 1 (47).

141. *Лайченкова Н. Н., Литвинова Ю. М.* Трансформация правовых основ в эпоху примата цифровых технологий // *Ленинградский юридический журнал*. 2019. № 2 (56).

142. *Леонов А. М.* Теория систем в свете науки о сложности // *Природные ресурсы Арктики и Субарктики*. 2005. № 1.

143. *Липинский Д. А., Мусаткина А. А.* К вопросу об институте финансово-правовой ответственности в системе права // *Финансы и управление*. 2019. № 4.

144. *Лохова И. В.* Германский закон 1883 г. О медицинском страховании и его роль в улучшении положения трудящихся // *Гуманитарные и юридические исследования*. 2015. № 3.

145. *Луценко В. А., Вялова К. В., Бульбенко П. В., Железнякова И. А.* Повышение доступности радионуклидной терапии рака предстательной железы в рамках системы обязательного медицинского страхования на региональном уровне: опыт Кемеровской области // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2019. № 4 (38).

146. *Малышева А. А.* Принципы финансово-правового регулирования системы обязательного медицинского страхования // Вестник СГЮА. 2019. № 5 (130).

147. *Молчанова Н. П.* Развитие инструментария финансового планирования в сфере услуг (на примере здравоохранения) // Россия: тенденции и перспективы развития. 2017. № 12-2.

148. *Морозов С. П.* Распределение ответственности за некачественное оказание медицинской помощи при использовании телемедицинских технологий // Журнал телемедицины и электронно-го здравоохранения. 2018. № 1-2 (6-7).

149. *Москвичева М. Г., Кремлёв С. Л., Бережков Д. В.* Анализ деятельности частных медицинских организаций Челябинской области в системе обязательного медицинского страхования // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017. № 5.

150. *Мошкова Д. М.* К вопросу о субъектах финансового права // Актуальные проблемы российского права. 2016. № 11 (72).

151. *Нагиев С. К.* К вопросу о гарантиях финансовой системы обязательного социального страхования // Социальное и пенсионное право. 2009. № 3.

152. *Налимов М. Ю., Филиппова В. И.* О новых подходах к тарифной политике в системе здравоохранения северной территории (ЯНАО) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2013. № 2.

153. *Настин П. С.* Субъекты корпоративных правоотношений // Российский юридический журнал. 2016. № 5.

154. *Нефедова С. А.* Участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как механизм государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения // Ленинградский юридический журнал. 2018. № 1 (51).

155. *Ногина О. А.* Проблемы правового регулирования сбалансированности бюджетов государственных внебюджетных фондов // Известия вузов. Правоведение. 2011. № 2.

156. *Номоконова З. П.* Сравнительная характеристика медицинского страхования в России и зарубежных странах // Юридический мир. 2010. № 10.

157. *Озова Н. А.* Некоторые юридические аспекты медицинских правоотношений // Медицинское право. 2016. № 4.

158. *Омирбаева Б. С., Загидуллина Г. Н., Гаитова К. К.* Анализ расходов на здравоохранение в Казахстане для эффективного пла-

нирования // *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2020. № 39-3.

159. *Осинцев Д. В.* Методы правового регулирования или способы формулирования правовых норм? // *Российский юридический журнал*. 2016. № 6.

160. *Панферова Л. В., Иванова Е. Ю.* Стратегическое планирование как основа для принятия управленческих решений // *Oeconomia et Jus*. 2019. № 3.

161. *Перхов В. И., Куделина О. В.* Актуальные проблемы Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи // *СМЖ*. 2019. № 4.

162. *Петрова И. В.* Аудит в бюджетной сфере: цифровые технологии его реализации // *Модернизация правового регулирования бюджетных отношений в условиях цифровизации экономики: сб. науч. тр. По матер. междунар. науч.-практ. конф. в рамках V Саратовских финансово-правовых чтений научной школы имени Н. И. Химичевой*. Саратов: Изд-во Саратов. гос. юрид. акад., 2020.

163. *Писарева Е. Г.* Актуальные вопросы финансово-правового положения медицинских учреждений // *Пробелы в российском законодательстве*. 2009. № 3.

164. *Покачалова А. С.* К вопросу о роли страхового рынка в развитии финансовой системы в кризисные периоды // *Право и современная экономика: новые вызовы и перспективы: сб. матер. III науч.-практ. конф. с междунар. уч. юридического факультета СПбГЭУ / под ред. Н. А. Крайновой*. СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2020.

165. *Покачалова Е. В.* Страхование как самостоятельное звено финансовой системы России // *Вопросы экономики и права*. 2008. № 6.

166. *Разгильдиева М. Б.* Налоговая ответственность в системе юридической ответственности // *Известия высших учебных заведений. Правоведение*. 2002. № 5.

167. *Разгильдиева М. Б., Швец А. В.* Участники отношений, регулируемых законодательством о налогах и сборах: проблемы теории и налогово-правового закрепления // *Налоги*. 2014. № 2.

168. *Романовский Г. Б.* Проблемы становления медицинского права // *Социально-политические науки*. 2012. № 3.

169. *Рощенко Н. В.* Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС // *Медицинское право*. 2018. № 3.

170. *Рукавишникова И. В.* Договорные конструкции в финансовом праве // *Проблемы финансового права в условиях рын-*

ка в XXI веке: сб. матер. междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. О. Н. Горбунова. М.: ТК Велби, Проспект, 2005.

171. *Ручкина Г. Ф.* Финансовый уполномоченный в Российской Федерации: некоторые проблемы правового регулирования деятельности // *Банковское право*. 2019. № 5.

172. *Сальников В. П., Стеценко С. Г.* Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X-XVII вв.) // *Журнал российского права*. 2001. № 4.

173. *Сидоров С. В., Чернусь Н. Ю.* Правовая природа договоров в сфере обязательного медицинского страхования // *Российский юридический журнал*. 2017. № 3.

174. *Смирнов Д. А.* О понятии принципов права // *Общество и право*. 2012. № 4 (41).

175. *Смирнова Е. М.* Приказы общественного призрения и здравоохранение в России (конец XVIII середина XIX вв.) // *Новый исторический вестник*. 2011. № 30.

176. *Смирнова Е. М.* Частная врачебная практика в России (XVIII – начало XX вв.) // *Новый исторический вестник*. 2014. № 41.

177. *Соколов А. Р.* Приказы общественного призрения: история полувековой деградации // *Клио*. 2003. № 3 (22).

178. *Соколова Э. Д.* К вопросу о принципах финансового права // *Ленинградский юридический журнал*. 2013. № 3 (33).

179. *Степкина Ю. А.* Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях // *Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина*. 2012. № 1.

180. *Стрельников В. В.* Финансово-правовые отношения в сфере страхования // *Журнал российского права*. 2006. № 2.

181. *Татаринов А. П., Мельникова Л. С.* Оптимизация системы финансирования здравоохранения: обзор результатов анкетирования // *Медицинские технологии. – Оценка и выбор*. 2016. № 2 (24).

182. *Терешонков А. А., Парфёнов В. О., Ермолаева Е. В.* Аптекарский приказ: история создания и развития // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2016. Т. 6. № 1.

183. *Толпыкин В. Е.* Системность как методологический принцип современной постнеклассической науки // *Теория и практика общественного развития*. 2011. № 7.

184. *Хаджалова Х. М.* Институциональные основы регулирования качества жизни в регионах // *Региональные проблемы преобразования экономики*. 2013. № 4.

185. *Хаконова И. Б.* Больничные кассы в структуре страхования рабочих по закону Российской империи «Об обеспечении рабочих

на случай болезни» // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2013. № 1 (113).

186. *Химичева Н. И.* Научно-обоснованные принципы финансового права как вектор его действия, развития и формирования новой идеологии преподавания // Финансовое право. 2009. № 2.

187. *Химичева Н. И.* Российское финансовое право на современном этапе // Ленинградский юридический журнал. 2013. № 3 (33).

188. *Чуркин И. Д.* К вопросу о проблемах региональных бюджетов Российской Федерации // Вестник науки и образования. 2019. № 10-4 (64).

189. *Шадёркин И. А.* Применение электронного здравоохранения для реализации пациент-центрированной урологической помощи // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2018. № 1-2 (6-7).

190. *Шевелева Н. А.* Изменения в системе отношений дотирования субъектов РФ // Финансовое право. 2019. № 1.

191. *Щедричева А. Н., Шалдина Г. Е.* Сущность и содержание налогового планирования // Успехи в химии и химической технологии. 2012. № 9 (138).

192. *Ядрихинский С. А.* Принцип всеобщности налогообложения // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2018. № 9 (49).

193. *Яхонтов Р. Н.* Особенности наступления гражданско-правовой ответственности вследствие нарушения договора // Царско-сельские чтения. 2012. № XVI.

Диссертации и авторефераты диссертаций

194. *Антонова Н. Л.* Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Екатеринбург, 2012. 39 с.

195. *Артемяева Г. Б.* Медико-экономическая оценка реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Рязанской области): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Рязань, 2014. 49 с.

196. *Архипов С. И.* Субъект права (теоретическое исследование): автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Екатеринбург, 2005. 46 с.

197. *Беликов Е. Г.* Проблемы финансово-правового обеспечения развития Российской Федерации как социального государства: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2016. 534 с.

198. *Бережков Д. В.* Совершенствование деятельности медицинской организации частной системы здравоохранения, участву-

ющей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. мед. наук. М., 2018. 207 с.

199. *Бит-Шабо И. В.* Концептуальные проблемы финансово-правового регулирования деятельности государственных социальных внебюджетных фондов: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2015. 550 с.

200. *Блинов А. Г.* Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2014. 561 с.

201. *Вагина Н. М.* Принципы публичного права: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004. 28 с.

202. *Горлова Е. Н.* Публичный договор в финансовом праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2010. 22 с.

203. *Гузнов А. Г.* Финансово-правовое регулирование финансового рынка в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2016. 47 с.

204. *Еремин С. Г.* Договор в финансовом праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2008. 22 с.

205. *Ефремов А. Ф.* Теоретические и практические проблемы реализации принципов законности в Российском государстве: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2001. 51 с.

206. *Земцова Л. Н.* Законность банковской деятельности в системе принципов финансового права: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2011. 28 с.

207. *Кудряшова Е. В.* Государственное финансовое планирование: правовая доктрина и практика: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2018. 42 с.

208. *Левицкая Н. А.* Механизм формирования региональных систем обязательного медицинского страхования (на примере Ростовской области): автореф. дис. ... канд. экон. наук. Ростов-на-Дону, 2000. 22 с.

209. *Левкевич М. М.* Финансовое планирование и финансирование системы здравоохранения: теория и методология исследования: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. Орел, 2008. 48 с.

210. *Морозов Н. Л.* Договорные отношения в публично-правовой сфере: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2006. 26 с.

211. *Мусаткина А. А.* Финансовая ответственность в системе юридической ответственности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004. 22 с.

212. *Набирушкина И. С.* Финансово-правовое регулирование уплаты и взимания таможенных платежей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2014. 22 с.

213. *Ногина О. А.* Государственные внебюджетные фонды в составе бюджетной системы России: проблемы правового регулирования: дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2013. 590 с.

214. *Оношко С. С.* Роль обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения региона (на примере Сибирского федерального округа): автореф. дис. ... канд. экон. наук. Иркутск, 2011. 22 с.

215. *Островская Н. Б.* Государственные (муниципальные) медицинские организации как участники налоговых правоотношений: теоретико-правовые основы: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2019. 195 с.

216. *Петручак А. В.* Правовое регулирование доходов бюджетов и бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов городов федерального значения в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2020. 279 с.

217. *Покачалова А. С.* Договор об обязательном пенсионном страховании: гражданско-правовой аспект: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2014. 210 с.

218. *Полякова С. А.* Финансово-правовая ответственность за нарушение бюджетного законодательства Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2015. 192 с.

219. *Разгильдиева М. Б.* Теория финансово-правового принуждения и сферы его применения: дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, 2011. 563 с.

220. *Рыбкова А. Ю.* Организация страхового дела и страхового надзора в Российской Федерации как объекты финансово-правового регулирования: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2019. 259 с.

221. *Савинова Е. И.* Правовые основы финансового обеспечения деятельности муниципальных учреждений здравоохранения в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2008. 228 с.

222. *Смирникова Ю. Л.* Финансово-правовой статус субъектов Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2002. 21 с.

223. *Фоменко В. В.* Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: дис. ... канд. экон. наук. Екатеринбург, 2015. 157 с.

224. *Хурматуллина А. Ф.* Стратегическое планирование как инструмент управления социально-экономическим развитием муниципальных образований: дис. ... канд. экон. наук. Уфа, 2017. 170 с.

225. *Чельшев М. Ю.* Система межотраслевых связей гражданского права: цивилистическое исследование: дис. ... д-ра юрид. наук. Казань, 2008. 501 с.

226. *Шиндяпина М. Д.* Стадии юридической ответственности: дис. ... канд. юрид. наук. М., 1996. 211 с.

227. *Широкова Е. К.* Страховые взносы в государственные внебюджетные фонды Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. Воронеж, 2008. 230 с.

Зарубежные источники

228. *Andres E.* State of Art of the French Telemedicine Projects in the Field of Chronic Heart Failure / E. Andres, S. Talha, M. Hajjam, A. Hajjam // J Clin Med Ther. 2018. № 3.

229. *Barroy H.* Budget matters for health: key formulation and classification issues / H. Barroy, E. Dale, S. Sparkes, J. Kutzin. Geneva: World health organization, 2018.

230. *Busse R.* Health care systems in transition / R. Busse, A. Riesberg. Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

231. *Busse R.* Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition / R. Busse, M. Blümel, F. Knieps, T. Bärnighausen. // Lancet. 2017. № 390.

232. *Cylus J.* Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management / J. Cylus, I. Papanicolas, P. Smith. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

233. *Jeseviciute-Ufartiene L.* Importance of Planning in Management Developing Organization / L. Jeseviciute-Ufartiene // Journal of Advanced Management Science. 2014. № 2.

234. *Krüger S.* Krankenkassen in Deutschland. Private und gesetzliche Krankenversicherung. URL: <https://www.amazon.de/Krankenkassen-Deutschland-Private-gesetzliche-Krankenversicherung/dp/3668757062>

235. *Oparanma A. O.* Strategies for managing hospitality in a turbulent environment: nigerian experience / A. O. Oparanma, D. I. Hamilton, S. A. Jaja // International Journal of Management and Innovation. 2009. № 1.

236. *Rosen B.* Israel: Health System Review / B. Rosen, R. Waitzberg, S. Merkur // Health Syst Transit. 2015.

237. *Waisman Y.* Telemedicine in Pediatric Emergency Care: An Overview and Description of a Novel Service in Israel // J Intensive & Crit Care. 2016 № 2.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анализ формирования доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2021 году (тыс. руб.)

Субъект, в котором находится ТФОМС	Общий объем доходов бюджета ТФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС, %
1. Республика Адыгея (Адыгея)	5 751 009,4	5 391 142,8	93,7
2. Республика Алтай	5 191 762,0	4 912 187,7	94,6
3. Республика Башкортостан	59 750 691,8	58 036 264,7	97,1
4. Республика Бурятия	18 600 848,7	18 363 848,7	98,7
5. Республика Дагестан	35 558 482,7	34 558 482,7	97,1
6. Республика Ингушетия	6 149 337,3	5 817 897,5	94,6
7. Кабардино-Балкарская Республика	10 264 992,4	9 730 295,3	94,7
8. Республика Калмыкия	3 614 317,9	3 514 251,2	97,2
9. Карачаево-Черкесская Республика	5 680 450,2	5 467 200,2	96,2
10. Республика Карелия	13 124 564,7	12 783 570,1	97,4
11. Республика Коми	20 127 348,0	19 269 587,4	95,7
12. Республика Крым	25 377 030,6	24 398 010,6	96,1
13. Республика Марий Эл	9 097 612,3	8 764 623,8	96,3
14. Республика Мордовия	9 984 146,2	9 809 146,2	98,2
15. Республика Саха (Якутия)	38 290 039,3	37 058 514,7	96,7
16. Республика Северная Осетия – Алания	9 404 545,9	9 072 925,3	96,4
17. Республика Татарстан (Татарстан)	59 462 575,8	49 727 596,8	83,6
18. Республика Тыва	7 310 801,7	7 230 501,7	98,9
19. Удмуртская Республика	22 529 713,0	21 931 713,0	97,3
20. Республика Хакасия	10 432 136,8	10 094 896,8	96,7
21. Чеченская Республика	18 750 898,4	18 715 084,2	99,8
22. Чувашская Республика – Чувашия	17 047 506,8	16 075 208,1	94,2
23. Алтайский край	35 952 239,8	35 200 988,4	97,9

ПРИЛОЖЕНИЯ

Субъект, в котором находится ТФОМС	Общий объем доходов бюджета ТФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС, %
24. Забайкальский край	19 331 710,2	18 973 410,2	98,1
25. Камчатский край	12 287 558,7	12 048 808,7	98,0
26. Краснодарский край	76 837 721,2	73 199 014,7	95,2
27. Красноярский край	57 990 609,4	56 851 109,4	98,0
28. Пермский край	43 021 894,9	38 282 052,9	88,9
29. Приморский край	34 328 148,6	33 773 684,3	98,3
30. Ставропольский край	36 923 449,3	35 374 461,1	95,8
31. Хабаровский край	28 317 556,5	26 982 473,9	95,2
32. Амурская область	15 520 675,1	15 207 115,3	97,9
33. Архангельская область	24 503 971,5	24 070 905,5	98,2
34. Астраханская область	12 941 153,8	12 592 363,8	97,3
35. Белгородская область	20 441 223,6	20 108 556,8	98,3
36. Брянская область	15 740 556,4	15 534 708,8	98,6
37. Владимирская область	18 606 400,0	17 900 457,5	96,2
38. Волгоградская область	32 744 887,4	31 798 314,1	97,1
39. Вологодская область	17 873 945,8	17 617 983,0	98,5
40. Воронежская область	30 326 268,7	29 687 728,8	97,8
41. Ивановская область	13 412 617,9	12 814 490,8	95,5
42. Иркутская область	46 426 752,1	45 541 532,5	98,0
43. Калининградская область	14 697 032,0	13 095 994,5	89,1
44. Калужская область	13 582 413,8	13 006 170,7	95,7
45. Кемеровская область – Кузбасс	41 451 639,1	40 611 099,1	97,9
46. Кировская область	19 908 587,6	18 306 598,2	91,9
47. Костромская область	8 779 730,4	8 432 270,4	96,0
48. Курганская область	12 542 488,7	12 133 038,7	96,7
49. Курская область	14 740 407,6	14 477 238,6	98,2
50. Ленинградская область	29 224 670,4	20 907 698,5	71,5
51. Липецкая область	16 062 075,1	15 244 533,9	94,9
52. Магаданская область	5 900 286,6	5 790 286,6	98,1
53. Московская область	138 397 222,1	112 058 481,1	80,9
54. Мурманская область	18 639 110,2	17 700 177,6	94,9
55. Нижегородская область	43 193 165,5	41 805 036,6	96,7
56. Новгородская область	8 232 008,9	7 929 408,9	96,3
57. Новосибирская область	43 981 189,1	42 570 781,0	96,7

ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СУБЪЕКТОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Субъект, в котором находится ТФОМС	Общий объем доходов бюджета ТФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС, %
58. Омская область	28 858 238,7	28 408 238,7	98,4
59. Оренбургская область	29 961 665,5	29 045 377,5	96,9
60. Орловская область	10 148 607,5	9 861 107,5	97,1
61. Пензенская область	17 640 261,1	16 874 610,5	95,6
62. Псковская область	8 353 402,5	8 154 402,5	97,6
63. Ростовская область	54 970 794,3	52 827 122,6	96,1
64. Рязанская область	14 614 474,7	14 354 509,0	98,2
65. Самарская область	42 799 941,8	41 766 286,8	97,5
66. Саратовская область	32 586 562,6	31 522 942,3	96,7
67. Сахалинская область	17 008 471,2	12 162 559,3	71,5
68. Свердловская область	65 020 153,6	64 001 415,6	98,4
69. Смоленская область	12 438 862,7	12 131 473,9	97,5
70. Тамбовская область	13 451 074,2	12 805 074,2	95,1
71. Тверская область	17 303 804,5	16 829 974,1	97,2
72. Томская область	19 929 366,3	19 025 013,9	95,4
73. Тульская область	19 105 889,2	19 035 889,2	99,6
74. Тюменская область	27 014 833,0	22 526 277,2	83,3
75. Ульяновская область	16 634 060,2	15 895 730,4	95,5
76. Челябинская область	52 662 848,4	50 914 264,6	96,6
77. Ярославская область	17 770 705,6	17 021 536,3	95,7
78. Город федерального значения Москва	324 690 552,5	271 053 715,7	83,4
79. Город федерального значения Санкт-Петербург	120 988 568,0	93 834 656,2	77,5
80. Город федерального значения Севастополь	5 926 186,7	5 742 394,7	96,8
81. Еврейская автономная область	3 423 916,2	3 200 127,6	93,4
82. Ненецкий автономный округ	1 793 375,3	1 687 020,1	94,0
83. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	46 965 511,1	37 463 613,4	79,7
84. Чукотский автономный округ	3 428 723,5	2 080 176,2	60,6
85. Ямало-Ненецкий автономный округ	24 761 371,4	17 799 061,4	71,8
86. Город Байконур	458 028,9	448 028,9	97,8

**Анализ формирования доходов бюджетов
территориальных фондов обязательного медицинского
страхования в 2023 году (тыс. руб.)**

Субъект, в котором находится ТФОМС	Прогнозируемый общий объем доходов бюджета ТФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС, %
1. Республика Адыгея (Адыгея)	7 258 924,5	6 458 924,5	89
2. Республика Алтай	6 390 685,9	5 834 457,9	91,2
3. Республика Башкортостан	74 755 671,9	68 722 497,3	91,9
4. Республика Бурятия	22 317 013,3	22 043 713,3	98,7
5. Республика Дагестан	43 215 287,0	41 915 287,0	97
6. Республика Ингушетия	7 537 566,0	7 228 559,8	96
7. Кабардино-Балкарская Республика	12 004 652,5	11 516 716,7	95,9
8. Республика Калмыкия	4 141 901,9	4 007 718,4	96,8
9. Карачаево-Черкесская Республика	6 893 686,5	6 469 740,6	93,9
10. Республика Карелия	15 439 365,3	15 041 470,7	97,4
11. Республика Коми	22 992 210,1	22 219 997,2	96,6
12. Республика Крым	30 642 538,7	29 708 872,3	97
13. Республика Марий Эл	11 149 950,6	10 378 177,1	93
14. Республика Мордовия	11 522 471,7	11 305 471,7	98,1
15. Республика Саха (Якутия)	53 535 584,2	51 416 932,8	96
16. Республика Северная Осетия – Алания	11 191 649,9	10 914 568,2	97,5
17. Республика Татарстан	70 598 941,5	60 186 154,4	85,2
18. Республика Тыва	8 855 075,4	8 692 586,0	98,2
19. Удмуртская Республика	26 952 442,1	26 107 442,1	96,8
20. Республика Хакасия	12 446 159,8	12 091 046,6	97,1
21. Чеченская Республика	23 069 441,7	23 028 211,7	99,8
22. Чувашская Республика – Чувашия	19 393 840,0	19 047 262,9	98,2
23. Алтайский край	42 345 081,7	41 273 944,9	97,5
24. Забайкальский край	22 599 346,2	22 272 046,2	98,6
25. Камчатский край	17 267 037,8	17 012 037,8	98,5
26. Краснодарский край	95 282 964,5	91 604 402,8	96,1
27. Красноярский край	69 126 170,5	67 760 062,6	98,0
28. Пермский край	49 716 253,5	45 374 563,3	91,3

ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СУБЪКТОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Субъект, в котором находится ТФОМС	Прогнозируемый общий объем доходов бюджета ТФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС, %
29. Приморский край	40 585 856,9	40 001 382,6	98,6
30. Ставропольский край	44 374 621,1	42 606 714,9	96
31. Хабаровский край	32 403 854,4	31 593 850,3	97,5
32. Амурская область	18 498 847,5	18 005 962,1	97,3
33. Архангельская область	28 615 946,8	27 979 928,3	97,8
34. Астраханская область	15 183 705,3	14 881 605,3	98
35. Белгородская область	24 257 702,7	23 897 702,7	98,5
36. Брянская область	18 669 689,8	18 276 210,5	97,9
37. Владимирская область	22 214 130,7	21 116 024,6	95
38. Волгоградская область	38 013 733,7	37 012 682,1	97,4
39. Вологодская область	21 295 751,4	20 937 463,8	98,3
40. Воронежская область	36 580 702,7	35 782 634,6	97,8
41. Ивановская область	15 447 069,4	14 945 833,3	96,7
42. Иркутская область	55 006 820,9	54 191 977,6	98,5
43. Калининградская область	18 247 037,6	16 335 904,9	89,5
44. Калужская область	15 759 843,8	15 675 491,1	99,4
45. Кемеровская область - Кузбасс	48 602 182,2	47 399 233,2	97,5
46. Кировская область	23 375 328,5	21 502 876,3	92
47. Костромская область	10 241 817,2	9 916 017,2	96,8
48. Курганская область	14 557 263,5	14 037 195,5	96,4
49. Курская область	17 626 212,7	17 033 868,0	96,6
50. Ленинградская область	36 800 284,1	25 771 754,9	70
51. Липецкая область	18 433 385,8	17 895 858,7	97
52. Магаданская область	7 741 051,3	7 525 633,5	97,2
53. Московская область	151 638 751,7	132 518 285,9	87,3
54. Мурманская область	21 721 449,9	20 661 698,0	95
55. Нижегородская область	50 546 293,9	49 471 979,8	97,9
56. Новгородская область	9 631 980,2	9 301 080,2	96,6
57. Новосибирская область	53 086 807,8	51 750 747,4	97,5
58. Омская область	33 933 705,9	33 543 705,9	98,8
59. Оренбургская область	34 637 905,3	34 063 886,9	98,3
60. Орловская область	11 861 694,3	11 558 823,3	97,4
61. Пензенская область	20 248 543,0	19 820 183,3	97,9
62. Псковская область	9 839 205,2	9 578 468,1	97,3
63. Ростовская область	66 391 747,0	64 894 853,9	97,7
64. Рязанская область	17 439 685,0	17 021 050,9	97,6

ПРИЛОЖЕНИЯ

Субъект, в котором находится ТФОМС	Прогнозируемый общий объем доходов бюджета ТФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС	Объем межбюджетных трансфертов, получаемых из ФОМС, %
65. Самарская область	50 737 483,8	49 855 020,9	98,2
66. Саратовская область	37 321 154,9	36 822 066,4	98,7
67. Сахалинская область	14 863 970,1	14 696 076,2	98,8
68. Свердловская область	77 780 092,6	76 679 527,4	98,5
69. Смоленская область	14 524 377,4	14 294 375,6	98,4
70. Тамбовская область	15 476 285,4	14 974 885,4	96,7
71. Тверская область	20 719 472,6	20 025 377,6	96,6
72. Томская область	23 230 104,3	22 349 358,7	96,2
73. Тульская область	23 039 999,9	22 356 784,7	97,0
74. Тюменская область	32 404 689,1	27 942 181,4	86,2
75. Ульяновская область	18 965 248,9	18 720 695,5	98,7
76. Челябинская область	62 177 860,5	60 446 938,9	97,2
77. Ярославская область	21 067 185,0	20 367 742,3	96,7
78. Город федерального значения Москва	401 482 122,2	342 192 231,2	85,2
79. Город федерального значения Санкт-Петербург	142 425 010,5	114 189 872,4	80,1
80. Город федерального значения Севастополь	7 661 235,8	7 311 310,2	95,4
81. Еврейская автономная область	3 890 101,2	3 686 067,6	94,7
82. Ненецкий автономный округ	2 461 198,8	2 333 557,1	94,8
83. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	54 964 993,7	45 111 100,1	82
84. Чукотский автономный округ	4 045 324,8	2 940 246,4	72,6
85. Ямало-Ненецкий автономный округ	28 695 915,0	21 499 048,0	75
86. Город Байконур	529 097,9	524 097,9	99

**Анализ расходов бюджетов территориальных
фондов обязательного медицинского страхования
на выполнение функций аппаратами и выплаты персоналу
в 2021 году (тыс. руб.)**

Субъект Российской Федерации	Расходы на выпол- нение функций аппаратами госу- дарственных вне- бюджетных фондов РФ / расходы на фи- нансовое обеспече- ние организации ОМС на territori- ях субъектов РФ	Расходы на вы- платы персоналу в целях обеспече- ния выполнения функций органа- ми управления государственными внебюджетными фондами
1. Республика Адыгея (Адыгея)	60 525,9	42839,1
2. Республика Алтай	49 164,1	31 728,6
3. Республика Башкортос- тан	270 630,0	207 372,1
4. Республика Бурятия	83 265,7	71 200,3
5. Республика Дагестан	231 381,3	158 209,8
6. Республика Ингушетия	200 634,6	39 613,4
7. Кабардино-Балкарская Республика	55 433,2	41 457,7
8. Республика Калмыкия	35 100	25 148,6
9. Карачаево-Черкесская Республика	51 678,9	29 741,5
10. Республика Карелия	84 280,5	71 956,6
11. Республика Коми	89 570,0	79 777,9
12. Республика Крым	224 854,7	139 903,2
13. Республика Марий Эл	46 474,6	33 730,1
14. Республика Мордовия	72 095,6	47 411,3
15. Республика Саха (Якутия)	241 858,9	192 761,5
16. Республика Северная Осетия – Алания	55 251,8	46 172,1
17. Республика Татарстан (Татарстан)	252 432,3	171 672,7
18. Республика Тыва	75 707,0	46 726,7
19. Удмуртская Республика	150 311,2	107 635,2
20. Республика Хакасия	64 237,3	50452,4
21. Чеченская Республика	202 303,7	106 613,3

Субъект Российской Федерации	Расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов РФ / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами
22. Чувашская Республика - Чувашия	64 293,6	44 607,1
23. Алтайский край	177 957,8	130 889,1
24. Забайкальский край	119 173,3	80 405,0
25. Камчатский край	96 025,9	78 153,0
26. Краснодарский край	444 468,8	369 270,6
27. Красноярский край	407 536,5	357 055,1
28. Пермский край	230 779,0	131 363,0
29. Приморский край	277 095,5	198 576,6
30. Ставропольский край	252 816,9	184 256,3
31. Хабаровский край	254 823,6	170 024,6
32. Амурская область	133 280,3	117 446,1
33. Архангельская область	134 034,5	112 686,1
34. Астраханская область	81 000,0	56 508,9
35. Белгородская область	117 321,1	93 831,6
36. Брянская область	84 188,2	65 541,6
37. Владимирская область	107 383,5	78 306,4
38. Волгоградская область	240 000,0	176 137,5
39. Вологодская область	102 403,7	83 748,6
40. Воронежская область	182 006,7	124 969,6
41. Ивановская область	63 415,9	42 798,8
42. Иркутская область	320 448,2	277 336,4
43. Калининградская область	87 279,0	57 867,1
44. Калужская область	102 307,3	76 531,4
45. Кемеровская область - Кузбасс	314 409,2	226 079,3
46. Кировская область	87 624,4	58 866,8
47. Костромская область	75 807,6	55 162,7
48. Курганская область	69 970,9	54 614,6
49. Курская область	61 757,5	42 772,3
50. Ленинградская область	178 969,4	137 058,5
51. Липецкая область	97 944,0	73 571,6

Субъект Российской Федерации	Расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов РФ / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами
52. Магаданская область	86 653,1	64 507,5
53. Московская область	682 474,1	472 783,6
54. Мурманская область	117 438,2	98 347,6
55. Нижегородская область	294 132,0	192 644,1
56. Новгородская область	53 053,6	38 037,6
57. Новосибирская область	132 946,0	109 749,2
58. Омская область	133 592,0	101 120,9
59. Оренбургская область	153 598,3	129 948,9
60. Орловская область	69 604,7	52 147,8
61. Пензенская область	106 360,4	83 805,2
62. Псковская область	51 365,0	38 690,0
63. Ростовская область	412 357,4	354 128,5
64. Рязанская область	111 638,4	90 777,1
65. Самарская область	211 428,0	156 306,4
66. Саратовская область	120 990,0	90 139,8
67. Сахалинская область	152 804,7	138 072,1
68. Свердловская область	531 000,0	423 876,6
69. Смоленская область	62 285,0	44 322,6
70. Тамбовская область	62 806,6	45 276,1
71. Тверская область	99 490,0	87 205,0
72. Томская область	109 630,5	78 565,9
73. Тульская область	148 550,0	114 041,5
74. Тюменская область	229 612,0	117 416,9
75. Ульяновская область	95049,5	71672,0
76. Челябинская область	342 100,0	242 786,5
77. Ярославская область	124 833,7	91 041,0
78. Город федерального значения Москва	2 104 930,3	815 198,7
79. Город федерального значения Санкт-Петербург	608 404,7	464 156,5
80. Город федерального значения Севастополь	66 197,9	53 185,9

ПРИЛОЖЕНИЯ

Субъект Российской Федерации	Расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов РФ / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами
81. Еврейская автономная область	51 322,6	41 466,7
82. Ненецкий автономный округ	33 358,6	26 323,3
83. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	354 385,9	296 732,0
84. Чукотский автономный округ	47 454,2	37 455,2
85. Ямало-Ненецкий автономный округ	277055,3	244340,4
86. Город Байконур	26 755,9	23 618,9
Итого:	15 768 846,3	9 891 501,6

**Анализ расходов бюджетов территориальных фондов
обязательного медицинского страхования на выполнение
функций аппаратами и выплаты персоналу в 2023 году
(тыс. руб.)**

Субъект Российской Федерации	Расходы на выпол- нение функций аппаратами госу- дарственных вне- бюджетных фондов РФ / расходы на фи- нансовое обеспече- ние организации ОМС на territori- ях субъектов РФ	Расходы на вы- платы персоналу в целях обеспече- ния выполнения функций органа- ми управления государственными внебюджетными фондами
1. Республика Адыгея (Адыгея)	72 090,4	46 920,5
2. Республика Алтай	56 478,6	44 173,7
3. Республика Башкортос- тан	413 823,0	327 687,3
4. Республика Бурятия	120 456,3	84 446,3
5. Республика Дагестан	406 480,1	366 321,0
6. Республика Ингушетия	65 667,4	43 407,6
7. Кабардино-Балкарская Республика	79 446,7	55 741,0
8. Республика Калмыкия	36 509,4	26 323,5
9. Карачаево-Черкесская Республика	56 249,1	33 856,9
10. Республика Карелия	92 331,6	72 498,7
11. Республика Коми	105 463,6	95 606,3
12. Республика Крым	221 013,7	141 685,6
13. Республика Марий Эл	61 569,2	47 286,7
14. Республика Мордовия	77 523,6	53 904,7
15. Республика Саха (Якутия)	293 927,8	224 415,6
16. Республика Северная Осетия – Алания	71 283,9	46 932,4
17. Республика Татарстан (Татарстан)	311 210,3	213 939,3
18. Республика Тыва	86 961,0	49 596,5
19. Удмуртская Республика	170 605,0	114 372,4
20. Республика Хакасия	88 926,9	71 616,0
21. Чеченская Республика	202 686,3	106 613,3

Субъект Российской Федерации	Расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов РФ / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами
22. Чувашская Республика - Чувашия	114 115,7	74 184,4
23. Алтайский край	197 644,7	153 432,6
24. Забайкальский край	165 026,5	83 848,8
25. Камчатский край	127 327,9	106 972,5
26. Краснодарский край	563 434,7	489 175,6
27. Красноярский край	471 008,5	395 428,2
28. Пермский край	207 459,1	167 389,8
29. Приморский край	259 900,0	206 642,9
30. Ставропольский край	308 814,5	220 505,5
31. Хабаровский край	301 357,2	190 966,3
32. Амурская область	173 474,6	137 924,3
33. Архангельская область	150 988,0	119 252,8
34. Астраханская область	120 200,0	93 653,3
35. Белгородская область	157 303,0	114 701,1
36. Брянская область	88 973,6	69 776,9
37. Владимирская область	148 219,2	116 844,5
38. Волгоградская область	269 568,4	189 169,2
39. Вологодская область	121 770,8	101 834,9
40. Воронежская область	219 991,9	151 492,4
41. Ивановская область	76 006,7	53 681,1
42. Иркутская область	424 860,6	343 852,4
43. Калининградская область	111 512,6	79 586,8
44. Калужская область	118 870,1	86 885,3
45. Кемеровская область - Кузбасс	390 640,3	271 286,9
46. Кировская область	158 757,1	104 974,1
47. Костромская область	94 023,5	59 401,6
48. Курганская область	80 546,0	54 546,0
49. Курская область	89 529,6	62 754,2
50. Ленинградская область	202 029,9	148 892,4
51. Липецкая область	123 290,4	86 058,2

ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СУБЪКТОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Субъект Российской Федерации	Расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов РФ / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами
52. Магаданская область	106 008,5	79 880,3
53. Московская область	796 336,5	507 401,5
54. Мурманская область	143 126,3	120 944,9
55. Нижегородская область	403 007,9	225 572,9
56. Новгородская область	56 907,6	41 738,8
57. Новосибирская область	199 194,0	168 748,5
58. Омская область	173 460,7	136 493,1
59. Оренбургская область	180 100,1	155 751,4
60. Орловская область	76 974,2	56 861,3
61. Пензенская область	137 267,0	99 793,8
62. Псковская область	56 550,9	41 159,1
63. Ростовская область	606 098,5	541 563,1
64. Рязанская область	144 558,8	117 601,4
65. Самарская область	304 795,5	205 456,3
66. Саратовская область	173 493,4	136 783,6
67. Сахалинская область	192 648,4	170 893,0
68. Свердловская область	614 500,0	502 656,7
69. Смоленская область	76 821,4	60 396,8
70. Тамбовская область	71 727,3	54 979,9
71. Тверская область	113 320,0	97 655,6
72. Томская область	118 502,5	87 175,3
73. Тульская область	179 700,0	140 919,4
74. Тюменская область	241 470,8	185 218,4
75. Ульяновская область	107 366,4	83 829,7
76. Челябинская область	323 364,2	260 726,8
77. Ярославская область	136 952,4	105 236,8
78. Город федерального значения Москва	2 379 375,2	891 252,1
79. Город федерального значения Санкт-Петербург	691 005,6	530 139,0
80. Город федерального значения Севастополь	76 415,2	63 284,0

ПРИЛОЖЕНИЯ

Субъект Российской Федерации	Расходы на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов РФ / расходы на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций органами управления государственными внебюджетными фондами
81. Еврейская автономная область	60 978,0	50 966,6
82. Ненецкий автономный округ	42 820,5	35 026,3
83. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	392 077,5	318 916,2
84. Чукотский автономный округ	53 185,4	42 533,2
85. Ямало-Ненецкий автономный округ	303 684,6	262 047,4
86. Город Байконур	28 648,0	24 220,5
Итого:	18 889 792,3	13 406 284,0

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Малышева Анастасия Андреевна

**ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Монография

Печатается в авторской редакции

Компьютерная верстка, дизайн обложки – *Е. А. Янина*

Подписано в печать 13.03.2024. Формат 60×84¹/₁₆.
Гарнитура Smbria. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 12,09. Уч.-изд. л. 12,05. Тираж 200 экз. Заказ № 95.

Издательство
Саратовской государственной юридической академии.
410028, г. Саратов, ул. им. Чернышевского Н. Г., 135.

Отпечатано в типографии издательства
Саратовской государственной юридической академии.
410056, г. Саратов, ул. им. Чернышевского Н. Г., зд. 104, стр. 3.