

АННОТАЦИЯ

Колдасова И.В. Договор обязательного медицинского страхования как правовой механизм получения медицинских услуг. – Нижневартонск: филиал ЮУрГУ, НвФл -524, 60 с., 1 ил., 1 таб., библиогр. список – 44 наим., слайдов – 7 л., прил. – нет.

Актуальность работы обуславливается ролью, которое играет медицинское страхование в гражданском обществе. Это структурный элемент сложнейшей инфраструктуры страхования, которое, в свою очередь, является важной составляющей макроэкономической системы страны.

Структура исследования представлена введением, тремя главами, состоящих из семи параграфов, заключения и библиографического списка, общий объем работы составляет 60 страниц.

Методологическая основа исследования представлена логическими методами познания, в том числе специальными юридическими методами: формально-юридический, сравнительное правоведение и др.

По результатам проведенного исследования автором дипломной работы сделаны выводы о необходимости внесения изменений в законодательство, разработки нового нормативно-правового акта, посвященного порядку защиты прав и интересов пациентов, решению проблем ОМС.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРАВОВОГО МЕХАНИЗМА ДОГОВОРОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	6
1.1 Сущность договоров обязательного медицинского страхования	6
1.2 Правовая природа и конструкция обязательств в системе обязательного медицинского страхования	12
1.3 Нормативно-правовая база регулирования системы обязательного медицинского страхования	16
2 ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ДОГОВОРА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	21
2.1 Обязанности страхователя при заключении договора.....	21
2.2 Права страхователя при заключении договора.....	26
3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАВОВОГО МЕХАНИЗМА ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ПО ДОГОВОРАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	31
3.1 Актуальные проблемы договорных отношений в получении медицинской помощи	31
3.2 Пути решения проблемных аспектов правового механизма получения медицинских услуг по договорам обязательного медицинского страхования.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	52

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В каждом современном обществе страхование имеет большое значение в функционировании национальной экономики, а также в поддержании необходимого жизненного уровня граждан государства. Страхование – это очень важный институт экономического развития современного гражданского общества, вне зависимости от политического устройства этого общества.

Актуальность данной работы обуславливается ролью, которое играет медицинское страхование в гражданском обществе. Это структурный элемент сложнейшей инфраструктуры страхования, которое, в свою очередь, является важной составляющей макроэкономической системы страны. Произошло возникновение значительных потребностей в страховых услугах. В государстве происходят кардинальные преобразования страхового дела. Они направлены на следующее: создать страховой рынок, сформировать прочную правовую основу функционирования данного рынка, обеспечить условия, благоприятствующие расширению сферы страховых услуг, а также повышению их качества.

Объект выпускной квалификационной работы – отношения, складывающиеся в сфере медицинского страхования в Российской Федерации.

Предмет выпускной квалификационной работы – совокупность правовых норм, регулирующих медицинское страхование в Российской Федерации.

Цель выпускной квалификационной работы – провести анализ договора обязательного медицинского страхования, выступающего в качестве правового механизма получения гражданами Российской Федерации медицинской помощи, а также разработать предложения, направленные на совершенствование договорных отношений.

Для достижения данной цели нужно решить ряд **задач**:

– рассмотреть сущность договоров обязательного медицинского страхования;

- изучить правовую природу и конструкцию обязательств в системе обязательного медицинского страхования;
- исследовать нормативно-правовую базу регулирования системы обязательного медицинского страхования;
- дать характеристику обязанностям страхователя при заключении договора;
- дать характеристику правам страхователя при заключении договора;
- выявить актуальные проблемы договорных отношений в получении медицинской помощи;
- разработать пути решения проблемных аспектов правового механизма получения медицинской услуги по договорам обязательного медицинского страхования.

Теоретическую основу работы составили труды ученых, занимающихся вопросами страхования в Российской Федерации, в том числе медицинского страхования, системы обязательного медицинского страхования, проблемами системы обязательного медицинского страхования.

Эмпирическую основу исследования составляют федеральные законы Российской Федерации, приказы Правительства РФ.

Методологическая основа исследования представлена логическими методами познания, в том числе специальными юридическими методами: формально-юридический, сравнительное правоведение и др.

Практическая значимость заключается в возможности использования результатов работы на практике при совершенствовании механизма получения медицинской услуги в системе обязательного медицинского страхования, а также в дальнейших исследованиях в этой области.

Структура исследования представлена введением, тремя главами, состоящих из семи параграфов, заключения и библиографического списка, общий объем работы составляет 59 страниц.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРАВОВОГО МЕХАНИЗМА ДОГОВОРОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1 Сущность договоров обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование – это одна из двух систем медицинского страхования, действующих в России. Эта система, по сути, является государственной системой социальной защиты интересов российских граждан в сфере охраны их здоровья, целью которой является обеспечение всем людям с российским гражданством возможности приобретения медицинское помощи за счет страховых средств. Источником исполнения указанных обязательств по страхованию являются средства от трудоустроенных граждан, которые формируют бюджет для оплаты медицинского персонала и медикаментов.

В основе правового регулирования отношений в сфере обязательного медицинского страхования лежит – Конституция, ст. 41 которой определяет, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений¹. Правовые основы гражданско-правовых отношений в сфере обязательного медицинского страхования заложены также в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»², согласно которому обязательного медицинского страхования является государственной мерой, гарантирующей обеспечение социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья.

Основные гражданско-правовые аспекты обязательного медицинского страхования урегулированы Федеральном законе «Об обязательном медицинском

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 04.07.2021).

² Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

страховании в Российской Федерации»¹. Согласно гл.8 в систему договоров в сфере обязательного медицинского страхования включены договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательного медицинского страхования. По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

В структуру такого рода договоров в обязательном порядке должны быть включены разделы об обязанностях и правах страховой медицинской организации, обязанностях территориального фонда. Кроме того, установлены основания предоставления или отказа в предоставлении средств в адрес медицинской организации из ресурсов территориального фонда и порядок такого рода взаимоотношений.

Договор также должен содержать обязательство участников расходовать средства в рамках целевого назначения. За нарушение указанного принципа договорные отношения должны определять ответственность сторон. При этом перечень нарушений договорных обязательств устанавливается правилами обязательного медицинского страхования², тогда как Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается напрямую договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

ФЗ «Об обязательного медицинского страхования в РФ» определяет также особенности прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного

¹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 02.04.2021).

медицинского страхования, последствия преждевременного расторжения и порядок передачи средств, не выплаченных участниками страховых отношений в рамках обязательств по указанному договору.

В структуру типовой формы договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования включены следующие разделы: предмет договора, обязанности и права сторон, их ответственность, срок действия договора и порядок его прекращения, расторжения, прочие условия, реквизиты и подписи сторон. Важно отметить, что показатели деятельности страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации, объемы медицинской помощи, установленные по территориальной программе обязательного медицинского страхования на соответствующий календарный период, перечень санкций за нарушение договорных обязательств по договору установлены в качестве приложений к указанному договору (соответственно под номерами 1, 2 и 3).

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательного медицинского страхования стороны берут не себя обязательства по оказанию медицинской помощи лицу, которое застраховано в рамках обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования (медицинская организация) и оплате этой медицинской помощи (страховая медицинская организация). Существенными условиями такого рода договоров являются обязанности сторон, особенности оплаты предоставленной медицинской помощи, ответственность за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, за нецелевое использование выделенных средств.

В рамках договорных отношений по обязательному медицинскому страхованию одной из сторон соглашения становится Фонд Социального Страхования, куда уплачивается 3,6% с заработной платы трудоустроенного

человека. Другой стороной становится заявитель, у которого имеются проблемы со здоровьем.

Стороной договора являются страховщики: все лица, которые производят выплаты вознаграждения физическим лицам; компании; индивидуальные предприниматели, физические лица, кто не признан в статусе индивидуальных предпринимателей; и предприниматель, который занимается частной практикой.

У договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию есть некоторые черты как договора возмездного оказания услуг, а именно те, которые описывают возмездность при оказании медицинской услуги, так и признаки договора страхования. Такого рода договор должен быть заключен при условии наличия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Кроме того, расходы на его исполнение должны быть в пределах программы обязательного медицинского страхования. Также в нем должны содержаться сведения о застрахованных лицах, перечень оказываемых услуг и иные установленные законом условия, которые пересекаются с условиями договора личного страхования, установленные в ст. 942 Гражданского Кодекса Российской Федерации¹ (далее ГК РФ).

Таким образом, ввиду выявления признаков и договора оказания услуг и договора страхования договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию можно отнести к смешанным договорам. При регулировании отдельных его характеристик следует руководствоваться соответственно гл. 39 ГК РФ и гл. 48 ГК РФ². При этом нормы ГК РФ применяются к данному договору в качестве общих норм постольку, поскольку не противоречат Закону об обязательном медицинском страховании.

¹ Гражданский кодекс Российской Федерации // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

² Белозерова, О.А. Организационная природа договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию / О.А. Белозерова // Журнал «Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2016. – №16. – С. 84-86.

Кроме этого, договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС относится и к договорам в пользу третьего лица.

Этот вывод напрашивается исходя из нормы ст. 430 ГК РФ, согласно которой устанавливается обязанность исполнять обязательства по договорам в пользу третьих лиц, а также требовать их качественного исполнения. Следует отметить, что в судебной практике были попытки отнести договор обязательного медицинского страхования к категории тех, что содержат элементы договора в пользу третьих лиц со всеми вытекающими из этого правовыми последствиями. В частности, такими, как невозможность одностороннего отказа от исполнения договора и, как следствие, невозможность одностороннего расторжения. Апелляционный суд в своем постановлении сделал вывод, что рассматриваемый договор является смешанным, так как содержит элементы договора возмездного оказания услуг и договора, заключенного в пользу третьего лица.

Наличие последних не позволяет страховщику в соответствии с п. 2 ст. 430 ГК РФ без согласия третьего лица (гражданина) расторгнуть договор, если иное не предусмотрено им, законом или другими правовыми актами. Суд кассационной инстанции, отменяя постановление апелляционного суда, указал, что по своей правовой природе заключенный сторонами договор с учетом его наименования, содержания и смысла в целом является договором возмездного оказания услуг (медицинских услуг), правоотношения по которому регулируются нормами гл. 39 ГК РФ (п. 2 ст. 779 ГК РФ).

Анализ норм, регулирующих обязательное медицинское страхование, показывает, что после заключения договора со страховщиком медицинское учреждение как субъект системы медицинского страхования, тем не менее, не является участником договора страхования. Напротив, предметом договора является оказание медицинских услуг, соответственно, рассматриваемый договор регулируется положениями гл. 39 ГК РФ¹.

¹ Смирнова, В.О. Гражданско-правовой аспект договорных обязательств в системе обязательного медицинского страхования / В.О. Смирнова // *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. – 2018. – № 2(30). – С. 56–59.

Таким образом, при разрешении споров, связанных с исполнением, изменением и расторжением договора обязательного медицинского страхования, необходимо применять нормы о возмездном оказании услуг в корреспонденции с нормами об обязательном медицинском страховании.

По своей сути такого рода договор является договором оказания медицинских услуг. Медицинская услуга характеризуется следующими признаками:

- объект воздействия – здоровье и жизнь пациента;
- высокие требования к качеству ввиду отнесения медицинской услуги к числу профессиональных;
- факторы, оказывающие влияние на качество услуги: квалификация врача, оборудование;
- как вещь результат не появляется, услуга потребляется в результате ее предоставления;
- своеобразие оценки результата: даже летальный исход при оказании медицинской услуги не всегда показатель качества ее предоставления¹.

ГК РФ устанавливает принцип свободы договора. Однако, заключение договоров в рамках ОМС носит императивный характер, что по своей сути означает исключение из общего правила о свободе договора.

Таким образом, договор ОМС является двусторонним. При этом упомянутый в ГК РФ принцип свободы договора, который должен распространяться на все виды договоров, не действует в отношении договора об оказании и оплате медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, поскольку медицинская организация, страхования медицинская организация, территориальный фонд обязательного медицинского страхования обязаны заключаться такие договоры, так как медицинская помощь, оказываемая

¹ Горбунова, О.В. Общая характеристика договора оказания медицинских услуг / О.В. Горбунова // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2017. – № 4 – С. 36-37.

по обязательному медицинскому страхованию, гарантируется Конституцией Российской Федерации.

Надо особо отметить, что по сути договорные отношения в сфере обязательного медицинского страхования включают два вида договоров – финансового обеспечения и оплаты медицинских услуг. В связи с этим между этими видами договоров возникает прямая взаимосвязь, поскольку существование одного обуславливает необходимость наличия другого договора. Безусловно, эти договоры опосредуют различные отношения, между разными субъектами, однако полагаем, что реквизиты договора о финансовом обеспечении обязательно должны быть упомянуты в договоре на предоставление и оплату медицинской помощи по обязательного медицинского страхования.

1.2 Правовая природа и конструкция обязательств в системе обязательного медицинского страхования

Структурная политика на рынке страховых услуг в настоящий период идет по пути поиска оптимального соотношения пропорций в добровольных и обязательных видах страхования. Обязательное медицинское страхование (далее ОМС) – это разновидность обязательного социального страхования. По данному виду страхования страховщиками выступают наряду со страховыми медицинскими организациями фонды обязательного медицинского страхования.

По мнению А.В. Григорьева, правоотношениям, устанавливаемым в рамках любого вида обязательного страхования, свойственен публичный характер. При том в указанную сферу вполне естественно отнесено и обязательное медицинское страхование¹.

¹ Григорьев, И.В. Право социального обеспечения: учебник и практикум для вузов / И.В. Григорьев, В.Ш. Шайхатдинов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2021. – 426 с.

Однако, как полагает Д.Е. Широкова, обязательное страхование является только сферой регулирования гражданского права¹. При этом автор не берет в расчет признак «обязательности» как не оказывающий решающего значения на определение природы (частной или публичной) правового регулирования. Основное назначение обязательного страхования, по его мнению, состоит в защите частных интересов.

Впрочем, в периодической литературе ведут речь о необходимости четкого соотношения публичных и частных начал в сфере ОМС. При этом, как полагают некоторые авторы², государственное вмешательство должно определяться законами рынка, определяющими заранее установленные границы публичных интересов. Справедливый характер данного замечания вряд ли можно отрицать на фоне демонополизации сферы социального обеспечения.

Однако перенос обязательного страхования в область частноправовых отношений нецелесообразен, поскольку здесь используются преимущественно добровольные начала, усмотрение субъектов, диспозитивность сторон. Такой правовой фон, являясь сопровождением страховых обязательств, будет неизбежно порождать проблемы в реализации механизма страхования, тем самым препятствуя реализации застрахованными гражданами своих прав.

Проводя соотношение свойств договорного регулирования ОМС, представляется вполне логичным разграничивать публичные и частные элементы в предусмотренных законом обязательствах.

Подлежит учету природа договора в сфере ОМС, которая, исходя из анализа его содержания, имеет неоднородный, скорее, полиотраслевой характер. Собственно, нельзя сводить договорные отношения в сфере ОМС только к

¹ Широкова, Д.Е. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России: характеристика, проблемы, нормативно-правовое регулирование Д.Е. Широкова // Трибуна ученого. – 2020. – № 10. – С. 302-311.

² Бойкова, А.В. Вопросы контроля качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования / А.В. Бойкова, А.В. Шаркова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. – № 1 (59). – С. 46-48.

нормам публичного правопорядка, который находит свое воплощение в административном договоре.

Основными особенностями договора ОМС выступают неравенство сторон его участников, регулирование отношений актами государственного управления, административная ответственность за неисполнение договорных условий.

Договор отражает согласованные действия участников, выражающих их взаимное волеизъявление. Некоторые авторы характеризуют страхование как двустороннюю сделку, с наличием взаимных прав и обязанностей у каждой стороны, что воспринимается и в современной литературе¹. Договор отражает согласованные действия участников, выражающих их взаимное волеизъявление.

При оказании медицинских услуг оплата за пациента обычно проводится через систему ОМС, в связи с чем возмездность оказания таких медицинских услуг не столь очевидна, как, например, в сфере обычных бытовых услуг, где сам гражданин вносит деньги в кассу исполнителя.

Как полагают некоторые исследователи, объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание лечебно-диагностических услуг при возникновении страхового случая².

Собственно, само медицинское страхование, являясь разновидностью страхования социального, органично включается в число институтов права социального обеспечения. Однако, следует отметить, что отношения в этой сфере строятся в основном с помощью регуляторов гражданского права, в частности, общих положений и норм о страховании. Публичный характер ОМС при этом не умаляется даже значительным присутствием гражданско-правового элемента и норм страхового права. Наглядным примером публичного интереса в

¹ Абубакиров, А.С. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования: монография / А.С. Абубакиров, П.И. Ананченкова, Д.С. Амонова и др. – Москва : Берлин, 2019. – 168 с.

² Березников, А.В. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования / А.В. Березников, Е.А. Берсенева, Е.В. Градобоев и др. – Москва : Издательский Дом Академии Естествознания, 2018. – 80 с.

рассматриваемой сфере может служить управление социальными фондами исключительно государством.

Реализация права застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи в системе ОМС устанавливается на основании договоров, заключенных между субъектами ОМС.

Конструкция договора ОМС предполагает его заключение и исполнение в пользу третьего лица. Следовательно, сторонами договора выступают страхователь и страховая медицинская организация. В этом случае по аналогии с нормой ГК РФ выгодоприобретателем становится не сторона по договору, а лицо, в пользу которого заключен договор, - застрахованное лицо.

Таким образом, правовая природа и правовая конструкция обязательств в системе ОМС свидетельствует о том, что договор ОМС можно отнести к публичным договорам в большей степени, чем к частным, несмотря на то, что исполняется договор в пользу частного лица – застрахованного гражданина.

Кроме того, нужно отметить, что договор ОМС можно отнести к договорам возмездным, так как, хотя это и неочевидно, медицинская помощь, оказываемая в рамках ОМС, условно бесплатная – территориальный фонд ОМС перечисляет средства страховой медицинской организации в счет оплаты оказанного объема услуг. Поэтому обязательность заключения договора ОМС, противоречащая принципам свободы гражданского договора, имеет признаки возмездности, двусторонней ответственности при неисполнении условий договора.

Так, к подобным условиям договора, заключенного между территориальный фонд ОМС и страховым медицинским учреждением, следует отнести объем средств, выделяемых в системе ОМС. В договоре, заключенным между страховой организацией и медицинской организацией – объем помощи, оказанной в конкретной медицинской организации.

1.3 Нормативно-правовая база регулирования системы обязательного медицинского страхования

Отношения в области ОМС регулируются нормативно-правовыми актами различного уровня.

За двадцатитрехлетний период развития системы ОМС принято достаточно существенное число нормативно-правовых актов, основными, базовыми из которых являются:

- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,
- ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»¹,
- ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»,
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Правил ОМС».

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан. Человек – это центральная фигура правоотношений. Этот закон направлен на сохранение жизни и здоровья отдельно взятого индивида, так как здоровье отдельного человека определяет здоровье нации в целом. Кроме того, закон также определяет права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, организаций, индивидуальный предприниматель, осуществляющих деятельность в данной сфере, полномочия и ответственность органов государственной власти².

Так как ОМС является составной частью социального страхования, одним из основополагающих регулирующих документов является ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», в котором установлены основные принципы осуществления обязательного социального страхования в РФ.

¹ Об основах обязательного социального страхования: Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ (ред. от 24.02.2021) // Собрание законодательства РФ. – 1999. – №29. – Ст. 3686.

² Шелякина, Е.Г. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования : монография / Под ред. В.А. Шелякина, Е.Г. Князевой. – Москва : Издательский Дом Академии Естествознания, 2018. – 80 с.

Основным законодательным актом, определяющим отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС в РФ, является ФЗ «Об ОМС в РФ». Закон создает правовую основу для медицинского страхования населения в РФ, определяет базу для практической выработки правоотношений в области документального, материального и организационного обеспечения медицинского страхования.

Он определяет правовое положение субъектов и участников ОМС, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации. Он предусматривает механизм реализации права граждан на свободный самостоятельный выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача. В нем выделены основные положения ОМС.

Обозначенные правовые инструменты составляют основу правового регулирования ОМС. Однако для реализации норм этого закона требуется значительный объем подзаконной нормативной базы, позволяющей обеспечить на практике механизм ОМС. Одним из таких является Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Правил ОМС». Он разработан с целью регулирования правоотношений субъектов и участников ОМС при реализации закона «Об ОМС в РФ»¹.

Ежегодно в нормативно-правовые акты, регулирующие систему ОМС в РФ, вносятся поправки и изменения с целью совершенствования системы ОМС.

Например, в 2021 г. вступили в силу ряд изменений в законодательство об ОМС:

– Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования получает полномочия по организации и оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении

¹ Агаркова, Л.А. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации : учебное пособие / Е. Н. Образцова, Л. А. Агаркова, Н. Н. Мороз и др. – Томск : Изд-в СибГМУ, 2016. - 135 с.

которых осуществляют Правительство РФ либо исполнительные органы федеральной власти, в границах базовой программы ОМС¹;

– определен порядок подписания договора между фонд обязательного медицинского страхования и медицинским учреждением на предоставление и оплату медицинской помощи в границах базовой программы ОМС путем дополнения гл. 8 статьей 39.1;

– у учреждения здравоохранения, подведомственного исполнительному органу федеральной власти, есть право на оказание первичной медико-санитарной, а также скорой помощи, в частности, скорой специализированной медпомощи согласно территориальной программе ОМС, и специализированной медпомощи, в частности, высокотехнологичной, согласно территориальной программе ОМС при распределении ему соответствующих объемов оказания этой помощи²;

– уточнено, что средства нормированный страховой запас (нормированного страхового запаса) Федерального Фонда предоставляются Федеральным Фонд ОМС получателям этих средств, которые были определены согласно порядку использования средств нормированный страховой запас Федеральный Фонд ОМС, на основе соглашений (Минздравом России типовые формы и порядок заключения которых утверждаются типовые формы этих соглашений, а также порядок их заключения);

– размер норматива средств, предоставляемых территориальной фонд ОМС страховой медицинской организации на ведение дела по ОМС, снижается до значения от 0,8% до 1,1% включительно (ранее - от 1% до 2% включительно) от суммы средств, поступивших по подушевым дифференцированным нормативам в страховое медицинское учреждение;

¹ О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: Федеральный закон от 08.12.2020 № 430-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2020. – №50 (часть III). – Ст. 8075.;

² О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Федеральный закон от 22.12.2020 № 438-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2020. – 52 (Часть I). – Ст. 8584;

– в базовой программе ОМС были предусмотрены нормативы объемов оказания медицинской помощи, которая предоставляется учреждениями здравоохранения, подведомственными исполнительным органам федеральной власти (специализированной, в частности, высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях дневного стационара, а также в стационарных условиях), в расчете на одного застрахованного гражданина. Кроме того, были предусмотрены нормативы денежных расходов на единицу объема оказания названной помощи. Вместе с тем, был определен перечень заболеваний, состояний, при которых названными учреждениями здравоохранения предоставляется медицинская помощь. Распределение и перераспределение объемов оказания названной помощи осуществляется между учреждениями здравоохранения, подведомственными исполнительным органам федеральной власти, исходя из мощностей данных учреждений, а также, исходя из объемов предоставляемой помощи за счет других финансовых источников. Правительство РФ определяет порядок распределения, а также перераспределения данных объемов медицинской помощи;

– необходимо, чтобы договор на предоставление и оплату помощи по ОМС включал в себя положения, которые бы предусматривали обязанность территориальный фонд ОМС проводить медико-экономический контроль¹;

– определен порядок информационного обеспечения персонифицированного учета данных о застрахованных гражданах, а также данных о предоставленной им медицинской помощи. Информационное обеспечение осуществляется посредством государственная информационная система ОМС. Одновременно с этим установлено, что единая государственная

¹ Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования: Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

информационная система в сфере здравоохранения включает в себя в числе прочего сведения об организации предоставления специализированной медицинской помощи (в частности, высокотехнологичной), предоставляемой учреждениями здравоохранения, полномочия и функции учредителей относительно которых реализуют исполнительные органы федеральной власти либо Правительство России, согласно единым требованиям, которые были предусмотрены в базовой программе ОМС;

– на 2023 год продлены стимулирующие выплаты врачам за выявление онкозаболеваний, а также формирование нормированного страхового запаса территориальный фонд ОМС для со финансирования затрат учреждений здравоохранения на оплату труда медицинских работников (врачей, а также среднего медицинского персонала).

Стоит сказать о том, что указанные выше правовые инструменты являются фундаментом государственного регулирования ОМС, а оно играет очень важную роль, так как обеспечивает проведение контроля сложившейся на территории государства системы медицинского страхования, которая была образована, прежде всего, для того, чтобы гарантировать каждому отдельному человеку реализацию его законных прав на получение необходимой медицинской помощи на бесплатной основе.

Таким образом, нормативно-правовое регулирование системы ОМС представлена законодательством не только непосредственно в области медицинского страхования, но и охраны здоровья граждан, поскольку эти сферы взаимосвязаны между собой. Однако полагаем, что ряд разрозненных актов и отдельных норм, посвященных ОМС, целесообразно объединить в один консолидированный акт, который должен вобрать в себя все аспекты, так или иначе связанные с обязательным медицинским страхованием.

2 ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ДОГОВОРА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1 Обязанности страхователя при заключении договора

Прежде, чем определять обязанности страхователей, необходимо уточнить перечень лиц, составляющих данное понятие. Итак, согласно статье 11 Закона «Об ОМС в РФ», страхователями для работающих граждан, указанных в пунктах 1 – 4 статьи 10 Федерального закона, являются:

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, физические лица, «Налог на профессиональный доход»¹, патентные поверенные, и др.

Страхователями, не только для работников разных предприятий, но и для детей дошкольного возраста, учеников образовательных организаций, пенсионеров, являются руководители предприятий либо должностные лица исполнительных органов. Все они, так или иначе, решают одну задачу, обеспечивая для граждан Российской Федерации бесплатное медицинское обслуживание.

Страхователями для неработающих лиц, названных в п. 5 ст.10 ФЗ «Об ОМС в РФ», являются органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти

¹ О работе юридических лиц с налогоплательщиками налога на профессиональный доход // Федеральная Налоговая Служба Российской Федерации : официальный сайт. – 2019. – URL: https://www.nalog.ru/rn16/news/tax_doc_news/9155323/ (дата обращения: 01.05.2021).

субъектов РФ, иные организации, определенные Правительством РФ. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Обязанности страхователя указываются в ст. 17 названного Закона. К ним относятся обязанности:

– регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях ОМС согласно действующему законодательству РФ;

– полностью и в установленные сроки производить уплату страховых взносов на ОМС согласно действующему законодательству РФ;

– представлять в территориальный федеральный фонд ОМС расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающих лиц в порядке, предусмотренном в ч. 11 ст. 24 этого закона.

Регистрация этих страхователей, а также снятие их с соответствующего учета осуществляется на бумажном носителе территориальными фондами федерального ОМС в таком порядке¹, который предусматривается уполномоченным исполнительным органом федеральной власти, причем:

а) регистрация в качестве страхователя производится по соответствующему заявлению, предоставляемому в течение тридцати дней (рабочих) с того дня, как решение высшего регионального органа исполнительной власти о наделении страхователя полномочиями вступит в свою силу;

б) снятие страхователя с регистрационного учета производится по соответствующему заявлению, предоставляемому в течение десяти дней (рабочих) с того дня, как решение высшего регионального органа исполнительной власти о прекращении полномочий страхователя вступит в свою силу.

¹ Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2010 № 1168н (ред. от 01.12.2011) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 02.04.2021).

Однако главная обязанность страхователя состоит в заключении со страховыми медицинскими учреждениями договора ОМС в отношении лиц, которые подлежат данному страхованию.

Страхователь в данных целях осуществляет заключение договора со страховой организацией в пользу своего персонала. Имеется четкое определение в правилах медицинского страхования, как объект относится к страховке – речь в данном случае идет о материальном интересе застрахованных граждан в ситуации возникновения страховых случаев, при которых эти лица обращаются за медицинской помощью.

Компетентные органы, являющиеся страхователями для неработающего населения, становятся на регистрационный учет в самостоятельную, отдельную группу страхователей для неработающих граждан; предоставляют заявление и другие необходимые документу; осуществляют уплату взносов согласно порядку, предусмотренному в статье 24 ФЗ-326.

Территориальные фонды ОМС осуществляют постановку на учет¹.

Для работающих граждан страхователь должен:

- заключать договоры;
- уплачивать взносы согласно требованиям законодательства;
- реализовывать меры по недопущению неблагоприятных моментов;

Страхователь для неработающих граждан должен:

- заниматься оформлением полисов ОМС, их переоформлением, а также их выдачей;
- заключать соглашения с учреждениями здравоохранения на предоставление врачебной помощи;
- вести учет застрахованных лиц;

¹ Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования: Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития России от 21.01.2011 № 15н (ред. от 07.10.2013) (Зарегистрировано в Министерстве Юстиций России 02.02.2011 № 19661) // Российская газета. – № 29. – 11.02.2011.

- рассматривать жалобы со стороны застрахованных лиц, а также реализовывать меры, направленные на недопущение тех или иных нарушений;
- информировать граждан о качестве оказываемых медицинских услуг.

Кроме территориальных фондов, страхователями в сфере ОМС, по большому счету, являются страховые учреждения здравоохранения, лечебно-профилактические учреждения. С определенной категорией лиц эти учреждения обязаны заключать соответствующие договоры. Для данной цели страховые учреждения здравоохранения и лечебно-профилактические учреждения имеют конкретные права и обязанности. Плательщиком страховых взносов, исходя из его статуса, может быть не только гражданин, но и юридическое лицо.

Страховые медицинские организации (учреждения здравоохранения) являются самостоятельными субъектами хозяйствования. Эти организации функционируют в статусе юридического лица. Для ведения своей деятельности в области страхования страховые медицинские организации располагают всеми необходимыми материальными средствами. Законодательные нормы четко регулируют работу страховых медицинских организаций ¹.

Работа страховых медицинских организаций подразумевает непрерывный, а также достаточно жесткий контроль со стороны Российской Федерации. Основные направления данного контроля следующие²: обеспечение финансовой стабильности положения; осуществление надзора за выполнением функций; недопущение возникновения монополии какой-либо структуры; организация работы, направленной на обеспечение законных прав граждан; предъявление ко всем субъектам, осуществляющим свою деятельность в названной области, равных требований;

¹ Пешкова, Х.В. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (постатейный) / Х.В. Пешкова, Э.С. Бондарева, Т.И. Лысенко, И.А. Митричев // СПС КонсультантПлюс. – 2017. – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=CMB&n=18462> (дата обращения: 02.05.2021).

² Сидоров, С.В. Правовая природа договоров в сфере обязательного медицинского страхования / С.В. Сидоров, Н.Ю. Чернусь // Российский юридический журнал. – 2017. – № 3. – С. 164–171.

Российское законодательство определяет круг обязанностей данных организаций, исходя из соблюдения нижеперечисленных принципов: стабильность образованной финансовой системы по рассматриваемому нами страхованию, с достаточным финансовым обеспечением в границах разработанных и утвержденных программ; гарантирование безвозмездного предоставления гражданам Российской Федерации медицинских услуг; обязательность внесения средств для ОМС, действующим законодательством устанавливается размер вносимой денежной суммы; формирование среды, обеспечивающей повышение доступности медицинская помощь по принятым программам; предоставление гарантии со стороны государства на получение гражданином РФ предусмотренных в договоре медицинских услуг; паритетность представления интересов данных учреждений в различных управляющих структурах.

Необходимо назвать главные функции страховых медицинских организаций, которые обуславливаются их обязанностями: обеспечение осуществления ОМС и добровольное медицинское страхование; выполнение обязательств по договорам, которые были заключены с застрахованными лицами и с медицинскими учреждениями; проведение контроля извлеченной прибыли от осуществляемой деятельности, а также расходной части бюджета, с обеспечением проведения учета осуществляемых финансовых операций. Страховые медицинские организации могут осуществлять лишь функции, предусмотренные действующим законодательством. Таким образом, обязанности страхователя заключаются в предоставлении гарантий застрахованным лицам в области обязательного медицинского страхования. Особо следует отметить, что поскольку ОМС относится к обязательному социальному страхованию, то содержит признаки этого страхования.

То есть, возникновение страховой защиты происходит напрямую из закона (иначе говоря, нет договора страхования). Указанный признак социального страхования предполагает следующее: у страхователей и страховщика нет

необходимости заключать договор страхования для возникновения соответствующих отношений: само по себе отнесение действующим законодательством лиц к категории застрахованных лиц или к категории страхователей порождает у них сопряженные с данным статусом права и обязанности.

При этом профессиональные участники ОМС, территориальный фонд ОМС и медицинское учреждение, должны заключить договор, суть которого состоит в финансовом обеспечении ОМС.

2.2 Права страхователя при заключении договора

Права указанных ранее страхователей, определенных отдельно для работающих и неработающих граждан, указаны также в ст. 17 ФЗ «Об ОМС». К данным правам относятся право страхователя на получение информации, связанной с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование, от налоговых органов, Федерального фонда и территориальных фондов, исходя из имеющейся у них компетенции.

Страхователь в отношении работающих граждан наделяется следующими правами: право на выбор страховой организации; право на проведение контроля за исполнением договорных условий; право на участие в различных видах страхования.

У работодателя, как страхователя работающего гражданина, есть право обратиться в суд. Так, главными и непосредственными субъектами правоотношений, связанных с ОМС, являются работники как застрахованные лица и работодатели-страхователи.

Одним из видов споров, возникающих на почве ОМС, стоит назвать споры по взысканию страховых взносов ввиду того, что пенсионный фонд России имеет право провести проверку, на основании которой могут вынести решение о

принудительном взыскании страховых взносов с работодателя, и данное решение будет носить силу исполнительного листа.

Тем не менее у работодателя в случае неправомерности действий пенсионный фонд России сохраняется право на обращение в суд для защиты нарушенных прав. Однако, как правило, работодатели для начала обращаются к ПФР за проведением перерасчетов страховых взносов, а после получения отказа - обращаются в судебные органы. Суды же в обычном случае требования истцов-работодателей удовлетворяют, признавая законными.

Более того, чаще бывает так, что взысканные страховые взносы признаются излишне взысканными (Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 22.04.2019 № Ф06-46302/2019 по делу № А72-9094/2018¹). В данном виде споров, конечно же, правосудие и закон не всегда на стороне работодателя. Данный субъект правоотношений также склонен к злоупотреблению правом, представляемым системой ОМС. Арбитражный суд Центрального округа установил неправомерность применения пониженных тарифов ОМС обществом к деятельности по осуществлению инвестиционного проекта (Постановление Арбитражного суда Центрального округа от 03.09.2020 № Ф10-3293/2020 по делу № А83-3168/2019²). А Арбитражный суд Северо-Кавказского округа нашел злоупотребление работодателями системой ОМС в выдаче работникам беспроцентных займов из средств обязательного медицинского страхования (Постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 16.07.2018 № Ф08-4300/2018 по делу № А53-13904/2017³).

¹ Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 22.04.2019 № Ф06-46302/2019 по делу № А72-9094/2018 // Электронное правосудие : официальный сайт. – 2019. – URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/e8f730fc-917d-4044-b1ba-0b3dfb037f60> (дата обращения 12.05.2021).

² Постановление Арбитражного суда Центрального округа от 03.09.2020 № Ф10-3293/2020 по делу № А83-3168/2019 // Электронное правосудие: официальный сайт. – 2020. – URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/b6b4737d-70d2-4757-b4cd-c2a6160e652e> (дата обращения 12.05.2021).

³ Постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 16.07.2018 № Ф08-4300/2018 по делу № А53-13904/2017 // Электронное правосудие: официальный сайт. – 2020. – URL : <https://kad.arbitr.ru/Card/4d6249b4-b111-4959-8033-db6cbdf4c085> (дата обращения 12.05.2021).

Местная власть в лице страхователя неработающих граждан вправе перечислять страховые взносы в учреждения здравоохранения.

Местная власть в лице страхователя неработающих граждан может выступать в качестве оценщика деятельности учреждений по условиям, по объемам, а также по качеству предоставления врачебной помощи неработающей категории населения. Страховая медицинская организация, являясь профессиональным участником обязательного медицинского страхования, имеет право руководствоваться установленными действующим законодательством принципами и требованиями. Права страховых медицинских учреждений, как субъектов ОМС, определяются согласно договору о финансировании ОМС, заключенным между территориальный федеральный фонд ОМС и страховым медицинским учреждением, а также договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенными между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Страховая медицинская организация имеет следующие права (Рисунок

2.1):

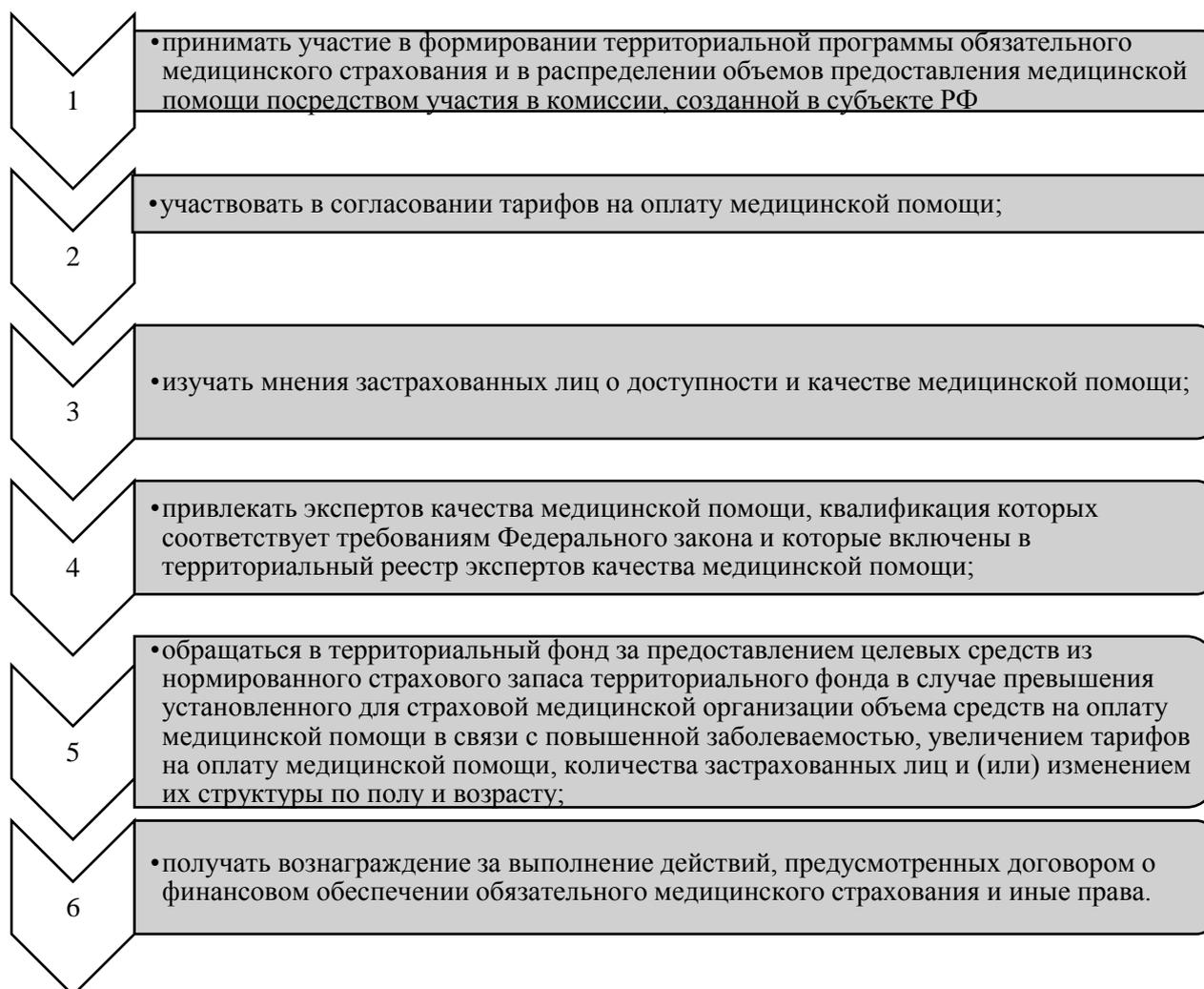


Рисунок 2.1 – Основные права страховой медицинской организации

Таким образом, к правам страхователя в рамках договора обязательного медицинского страхования относятся выбор страховщика, получение информации в пределах и для целей ОМС. Как субъект ОМС, страховая медицинская организация в качестве страховщика, также имеет право на участие в формировании территориальной программы страхования, страховых тарифов, на получение вознаграждения.

Для страхователей особым правом является право на обращение в суд при неправомерной проверке Пенсионного фонда Российской Федерации с целью взыскания страховых взносов. Несмотря на то, что суды часто встают на сторону работодателей, со стороны страхователей также могут быть нарушения в системе

ОМС. Поэтому полагаем, что при применении специальных тарифов, получении средство по ОМС (если это медицинская организация) указанным субъектам следует дополнительно ознакамливаться, под подпись, с правилами, установленными в системе ОМС.

3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАВОВОГО МЕХАНИЗМА ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1 Актуальные проблемы договорных отношений в получении медицинской помощи

На основании Постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299¹ устанавливается перечень видов, форм и условий медицинской помощи, которая оказывается гражданам бесплатно. Несмотря на эти гарантии, расходы граждан на медицину ежегодно растут, что является следствием несовершенства в работе системы здравоохранения. Последние годы существуют некоторые проблемы, которые не обеспечивают реализацию права человека на гарантированную бесплатную медицинскую помощь².

Можно выделить следующие проблемы в системе ОМС:

- проблема финансирования сферы здравоохранения в РФ;
- проблема неграмотности граждан;
- коррупционная деятельность сотрудников медицинских учреждений.

Обращаясь к первой заявленной проблеме, нельзя не отметить, что Правительство РФ говорит о ежегодном росте расходов на здравоохранение. Так, по данным Министерства здравоохранения РФ, бюджет на эту сферу увеличился за с 2006 по 2016 г. в 4,2 раза – с 690 млрд до 2852 млрд руб.³, однако в 2021 году на здравоохранение будет направлено всего 1 118,9 млрд руб., в 2022 году – 1 123,9 млрд руб. и в 2023 году - 1 091,4 млрд руб.

¹ О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов: Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 (ред. от 11.03. 2021) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2021. – № 2. – Ст. 384.

² Егорова, Д.В. Реализация права на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в рамках реформирования системы здравоохранения России / Д.В. Егорова // Пробелы в российском законодательстве. – 2017. – № 6. – С. 217–219.

³ Соколов, А.А. Разработка принципов обеспечения эффективности модернизации финансовой модели системы общественного здравоохранения / А.А. Соколов // Научный вестник ЮИМ. – 2017. – № 1. – С. 20–25.

Доля расходов на здравоохранение от валовой внутренней продукт в России находится сегодня практически на уровне 2006 г. – 3,8%.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что за последние годы наша страна не смогла увеличить расходы на здравоохранение относительно объема национальной экономики и приблизиться к рекомендуемому показателю всемирная организация здравоохранения – 6%. Так, в большинстве развитых стран мира расходы на здравоохранение составляют более весомую долю от валовой внутренней продукт (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Доля расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта, 2020 г., %

Название страны	Доля к ВВП, %
Голландия	9,9
Франция	9
Германия	8,6
США	8,1
Молдавия	5,3
Аргентина	4,1
Россия	3,8
Китай	3,1
Армения	1,6
Индия	1,3

Следующая проблема связана с недостаточной грамотностью людей, которая выражается в незнании своих прав и обязанностей. Большинство граждан не знают, на какую медицинскую помощь они могут рассчитывать согласно договору ОМС, в рамках которого работодатель платит взносы в фонд ОМС, либо муниципальные органы власти, являющиеся страхователями неработающих граждан, и платят врачам. На основании вышеуказанного Постановления Правительства РФ гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Каждый год Правительство РФ выносит постановление об утверждении программы на

следующий год. Согласно этому, гражданам предоставляются следующие виды бесплатной медицинской помощи:

– скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина либо окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями при беременности и родах;

– амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая мероприятия по профилактике, диагностике и лечению заболеваний в поликлинике, на дому и в дневных стационарах всех типов;

– стационарная медицинская помощь:

а) при острых заболеваниях, обострениях хронических болезней, отравлениях, травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

б) при плановой госпитализации граждан с заболеваниями, требующими круглосуточного медицинского наблюдения, с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, в том числе в санаториях, детских санаториях, а также в санаториях для детей с родителями;

в) при патологии беременности, родах и абортах в период новорожденности.

Кроме того, согласно ст. 44 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», при оказании медицинской помощи граждане обеспечиваются лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также продуктами питания для детей-инвалидов.

Последняя и, наверное, самая острая проблема связана с коррупционной деятельностью медицинского персонала¹. Проблема состоит в том, что врачи не стесняются требовать оплаты за оказание бесплатных медицинских услуг даже в условиях, угрожающих жизни и здоровью больного. В условиях тяжелого

¹ Тимофеев, А.В. Противодействие преступлениям в сфере обязательного медицинского страхования / А.В. Тимофеев // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2019. – № 1 (81). – С. 165–170.

состояния больного, как правило, либо сам больной, либо его родственники соглашаются заплатить врачу, не предъявляя требования соблюдения государственных гарантий. Безусловно, эта проблема является двухсторонней, так как здесь два участника преступления: лицо, которое берет оплату (взятку) (врач или иной сотрудник медицинского учреждения) и пациент (либо его родственники).

Поэтому задача Правительства РФ заключается в том, что не допустить развитие негативной практики в области ОМС и способствовать совершенствованию механизма реализации права пациент на бесплатную медицинскую помощь. Так, например, на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 № 1640¹ ежегодно в стране реализуются различные государственные проекты и программы, которые направлены на улучшение качества предоставления бесплатной медицинской помощи, а также на реформирование работы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Одним из новых и масштабных проектов является государственный проект «Бережливая поликлиника», который реализуется совместно со страховыми медицинскими организациями во многих регионах нашей страны.

Несмотря на это, в области ОМС сохраняются риски социального характера – страховые социальные риски, которые предполагают особый механизм экономически обоснованных размеров страховых взносов и соразмерных страховых выплат, финансирование за счет специальных страховых взносов (за исключением ОМС).

Дефиниция социального риска в ФЗ «Об ОМС» выбивается из целостного ряда рисков, носящих социально-страховой характер. Данный риск – это предполагаемое событие, в случае наступления которого появляется объективная

¹ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 (ред. от 31.03.2021) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 1. – Ст. 373.

необходимость производства расходов на оплату медицинской помощи, которая предоставляется застрахованному гражданину. Законодатель в данном случае поставил упор на финансовом аспекте данного риска – то есть, необходимость производства расходов на оплату медицинской помощи, которая предоставляется застрахованному гражданину¹.

Цель действующего федерального закона «Об ОМС», по большому счету, является единственной. Она состоит в следующем: обеспечить прозрачность расходования денежных средств фонд ОМС. Социальный риск, тем самым, преобразовался в финансовый риск.

В этом Законе была установлена система договоров:

- договор между страховой компанией и медицинским учреждением на предоставление и оплату медицинской помощи.

- договор о финансовом обеспечении ОМС между территориальный фонд ОМС и страховой компанией.

В основе построения того и другого вида договоров лежит принцип обеспечения движения финансовых ресурсов от фонд ОМС к медицинскому учреждению, а также обеспечения контроля над целевым использованием этих финансовых ресурсов. Согласно данному принципу происходит решение проблем, которые связаны: с привлечением к ответственности участников системы ОМС за ненадлежащее исполнение ими договорных условий; с назначением штрафов за нецелевое использование средств ОМС, и так далее.

Договор о финансовом обеспечении ОМС прежде всего выступает основанием наделения страховых организаций отдельными полномочиями страховщика. Ограниченный характер предоставляемых полномочий вытекает из того обстоятельства, что и территориальный фонд ОМС не принадлежит вся полнота «власти» страховщика в системе ОМС, он лишь осуществляет управление средствами ОМС на территории субъекта Российской Федерации.

¹ Внукова, В.А. Правовые вопросы регулирования договорных отношений в сфере обязательного медицинского страхования / А.В. Внукова, М.В. Осадченко // Социальное и пенсионное право. – 2019. – № 1. – С. 37 - 43.

Указанные средства аккумулируются в бюджете территориальный фонд ОМС, составляющем часть бюджетной системы России. Деятельность этих некоммерческих организаций, созданных субъектами Российской Федерации и подотчетных им, а также федеральный фонд ОМС, выражает процессы собирания, распределения и организации использования денежных фондов, входящих в состав финансовой системы государства, т.е. публичных финансов. Можно сказать, что деятельность территориальный фонд ОМС как полномочных органов управления финансами публичного субъекта относится к разряду финансовой деятельности государства.

Заключение договора о финансовом обеспечении ОМС опосредует процесс перемещения установленной им части публичных финансов от территориальный фонд ОМС к страховой медицинской организации, которой одновременно предоставляется и некоторая доля полномочий страховщика. Содержательно названный договор регламентирует именно финансовую составляющую ОМС и по своей природе является финансово-правовым договором. Следуя терминологии федеральный фонд ОМС, договор о финансовом обеспечении ОМС выступает в качестве юридического основания для возникновения, изменения, а также прекращения финансовых отношений между территориальный фонд ОМС и страховым учреждением здравоохранения¹.

В Законе об ОМС интересы застрахованного гражданина ушли с центральной позиции. В законодательстве нет специализированных правил возмещения застрахованному лицу вреда, если оно пострадало от действий (бездействия) со стороны медицинской либо страховой организации.

Так, в ст. 37 Закона № 326-ФЗ подчеркивается принадлежность всей системы договоров к категории договоров в пользу третьего лица – застрахованного. Однако Закон не предоставляет застрахованному лицу

¹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

самостоятельного права требовать исполнения страховой организацией обязательств по договору о финансовом обеспечении ОМС в свою пользу. И ответственность за их нарушение последняя в силу ст. 38 Закона № 326-федеральный закон несет только перед контрагентом – территориальный фонд ОМС. Ответственность же перед застрахованным лицом ограничивается возмещением ущерба, причиненного ему в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи. Можно сказать, что интересы публичных субъектов в целевом использовании средств ОМС защищены не в пример лучше прав и интересов застрахованных лиц.

Так, случаи и размер применяемых к страховой организации санкций за нецелевое использование средств ОМС, неисполнение обязанностей в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи закреплены на законодательном уровне. Перечень санкций за нарушения иных договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении ОМС на основании прилагаемого типового перечня¹. Справедливости ради стоит отметить, что в последнем есть и нарушения, затрагивающие права застрахованных лиц, – нарушение порядка выдачи полиса ОМС, отказ в регистрации жалобы застрахованного лица, и т.д. За перечисленные нарушения установлены штрафные санкции, которые уплачиваются в пользу территориальный фонд ОМС.

Что касается застрахованного лица, пострадавшего от действий (бездействия) страховой медицинской организации, то специальных правил возмещения причиненного ему вреда Закон № 326-ФЗ не предусматривает. Досудебный порядок предъявления, рассмотрения, удовлетворения претензий застрахованных лиц определен Методическими рекомендациями, но они оформлены письмом федеральный фонд ОМС и не имеют нормативного

¹ Внукова, В.А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения / В.А. Внукова // Медицинское право. – 2018. – № 4. – С. 18–23.

характера. В такой ситуации пострадавший вынужден будет прибегать к нормам гражданско-процессуального и гражданского законодательства (в т.ч. к нормам Закона Российской Федерации № 2300-1).

В этом контексте едва ли можно квалифицировать договор о финансовом обеспечении ОМС как договор в пользу третьего лица – застрахованного. С учетом того что предметом договора фактически являются принятие и исполнение страховой медицинской организацией отдельных полномочий страховщика в системе ОМС, перед нами договор об исполнении обязательства третьему лицу. В цивилистике содержание конструкции такого договора сводится к тому, что должник по указанию кредитора обязан исполнить обязательство третьему лицу. Различия между названными конструкциями заключаются в следующем – по договору об исполнении третьему лицу обязательство продолжает связывать контрагентов и требование к соответствующей стороне по общему правилу может заявлять только один из них другому. В то же время по договору в пользу третьего лица такое требование может заявить именно последнее¹.

Таким образом, среди проблем реализации договорных отношений в системе ОМС можно отметить следующие проблемы:

Во-первых, это проблема, связанная с высоким уровнем неграмотности среди населения Российской Федерации;

Во-вторых, это проблема, связанная с финансовым обеспечением медицинской сферы в Российской Федерации;

В-третьих, это проблема, связанная с коррупционной деятельностью работников российских организаций в системе здравоохранения.

В-четвертых, это проблема, связанная с финансовыми рисками в системе ОМС;

¹ Рощепко, Н.В. Договор о финансовом обеспечении ОМС: правовая природа, назначение, актуальные проблемы правового регулирования / Н.В. Рощепко // Социальное и пенсионное право. – 2018. – № 2. – С. 29–33.

– договор о финансовом обеспечении ОМС выступает в качестве юридического основания для возникновения, изменения, а также прекращения финансовых отношений между территориальный фонд ОМС и страховым учреждением здравоохранения. В Законе об ОМС интересы застрахованного гражданина. В законодательстве нет специализированных правил возмещения застрахованному лицу вреда, если оно пострадало от действий (бездействия) со стороны медицинской либо страховой организации.

3.2 Пути решения проблемных аспектов правового механизма получения медицинских услуг по договорам обязательного медицинского страхования

Проблемы в области получения медицинской помощи препятствуют получения медицинской услуги в системе ОМС, поэтому внимание должно быть именно на решение таких вопросов.

Итак, бюджетное финансирование - это самый главный в настоящее время источник финансирования медицинской сферы на территории Российской Федерации. Денежных средств, которые в настоящее время выделяются на финансовое обеспечение этой сферы, явно недостаточно для максимально полного удовлетворения соответствующих потребностей граждан Российской Федерации.

В процессе распределения государственных финансовых ресурсов руководители организаций здравоохранения должны проявлять высокий уровень ответственности. Только в этом случае финансирование медицинской сферы будет реально эффективным.

Как показывает современная отечественная и международная практика в сфере финансирования системы здравоохранения, все чаще в настоящее время можно наблюдать привлечение собственных денежных средств пациентов. А это,

как известно, обеспечивает существенной улучшение качества оказываемой им медицинской помощи¹.

Главные цели нацпроекта в медицинской сфере, согласно Указу главы государства №204², состоят в следующем:

- уменьшение уровня заболеваемости и смертности среди граждан нашего государства;

- усиление развития профилактической направленности анализируемой нами отрасли;

- обеспечение роста степени доступности медицинской помощи для граждан Российской Федерации, а также улучшения ее качества, и др.

Таким образом, изменение и увеличение объема финансирования возложено полностью на бюджет, если речь идет о бесплатной медицинской помощи. Поэтому, в целях роста ресурсов целесообразно ввести государственно-частное партнерство финансового обеспечения здравоохранения.

Крайне необходимо правильно оценить ряд показателей, которые отражают уровень эффективности развития системы здравоохранения. В данном случае можно будет четко увидеть последующие перспективы совершенствования системы ОМС в Российской Федерации. В то же время, можно будет четко увидеть последующие перспективы грамотности граждан Российской Федерации касательно гарантированных объемов соответствующей помощи. Кроме того, в этой системе произойдет сокращение числа преступлений, носящих коррупционный характер.

Тем самым, как видится, необходимо будет в определенной мере изменить порядок проведения диспансеризации среди граждан Российской Федерации. Должны оцениваться, прежде всего, показатели выявляемости среди граждан

¹ Ясаева, З.А. Проблемы финансирования здравоохранения РФ / З.А. Ясаева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2019. – № 12(58). – С 21-37.

² О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 (ред. от 21.07.2020) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – №20. – Ст. 2817.

Российской Федерации тех или иных болезней, а также показатели результативности мероприятий, осуществленных в медицинской сфере.

Кроме того, порядок проведения диспансеризации среди граждан Российской Федерации преобразовался в настоящее время в источник зарабатывания денег работниками учреждений сферы здравоохранения. К примеру, было выявлено значительное количество приписок при ее учете.

В настоящее время необходимо использовать именно массовые технологии профилактики. Стоит сказать о том, что они являются не такими дорогостоящими, тем не менее, они способствуют сокращению тяжелых форм болезней. Кроме того, они способствуют сокращению затрат на лечение этих болезней.

Переход на оплату по клинко-статистическим группам в круглосуточных стационарах обозначил на практике преимущества данного способа оплаты и обнажил множество проблем его применения в условиях ограниченных финансовых ресурсов. С одной стороны, стационары стали зарабатывать на ресурсоемких технологиях, что мотивировало медицинские организации развивать хирургические профили, онкологию, неонатологию, с другой – стационары терапевтического профиля с низким уровнем технологий резко ухудшили свое финансовое положение.

Таким образом, в условиях ограниченных денежных средств медицинских организаций следует обеспечить возможность создания так называемого «риск-фонда».

Если говорить о теоретических аспектах договора ОМС, то отметим, что договор на предоставление и оплату медицинских услуг, а также договор о финансовом обеспечении ОМС, по нашему мнению, не могут относиться к договорам социального страхования.

Так, согласимся с Тарусиной Н.Н., Лушниковым А.М., Лушниковой М.В. в том, что договор на предоставление и оплату медицинской помощи не является договором ОМС. Данный договор является публичным социально-обеспечительным. Тем не менее, для данной его квалификации нужно будет

внести в действующее законодательство Российской Федерации ряд соответствующих дополнений и изменений в части прав гражданина, который получает медицинскую помощь в границах системы ОМС, а также в части форм и способов защиты данных прав. Прежде всего, касается это специализированных правил возмещения того вреда, который был причинен застрахованному гражданину некачественной, а также не своевременно оказанной медицинской помощью. Для получателя медицинская услуга в границах ОМС не имеет потребительскую стоимость. Такая услуга оказывается на бесплатной основе. Тем самым, не совсем уместным будет применение к указанным ситуациям положений Закона Российской Федерации № 2300–1 от 07.02. 1992 года¹. Тем не менее, специализированного социально-обеспечительного законодательства на данный счет в настоящее время нет. Таким образом, соответствующий вопрос может быть разрешен только при обращении к указанному Закону². Таким образом, следует предусмотреть нормативно-правовой акт, которым мог бы руководствоваться пациент при нарушении его прав и интересов.

В Законе о медицинском страховании, который действовал ранее (в 1991 году),³ было предусмотрено также и право застрахованного лица предъявлять в отношении страхователя, в отношении страховой медицинской организации соответствующие судебные иски. Медицинские страховые учреждения производили контроль над качеством, сроками, а также над объемом медицинской помощи, которая предоставляется застрахованным гражданам. Кроме того, Закон предоставил им право на предъявление исков организациям здравоохранения о материальном возмещении причиненного им ущерба. Тем не менее, данное право

¹ О защите прав потребителей : закон Российской Федерации [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

² О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: Постановление Пленума Верховного Суда РФ // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. – 2012. – № 9. – Ст. 114.

³ О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499–1 (ред. от 24.07.2009) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – № 27. – Ст. 920.

реализовывалось, как и прежде, в границах гражданского, а также гражданско-процессуального законодательства.

Если обратиться к договору о финансовом обеспечении ОМС, то, как видится, это финансово-правовой договор, обеспечивающий расходование денежных средств фонд ОМС¹.

Это обусловлено следующим: система ОМС является предметом специального законодательного регулирования. Нормы гражданского кодекса Российской Федерации к отношениям сторон договора о финансовом обеспечении ОМС на практике применяются фрагментарно. И это обоснованно, поскольку ст. 2 Закона № 326-федеральный закон фактически относит гражданский кодекс Российской Федерации к числу других федеральных законов, применяемых в непротиворечащей части. В основном правоприменительная практика обращается к отдельным статьям общих положений гражданского кодекса Российской Федерации, общей части обязательственного права для устранения пробелов специального законодательства. Думается, указанной цели служит и квалификация арбитражными судами договора о финансовом обеспечении ОМС как договора возмездного оказания услуг, тем самым обосновываются применение ст. 782 гражданского кодекса Российской Федерации и правомерность одностороннего отказа стороны от исполнения названного договора.

Аналогично и выводы судов со ссылкой на ст. 431 гражданского кодекса Российской Федерации о наличии у договора о финансовом обеспечении ОМС отдельных признаков договора комиссии допускают применение положения ч. 2 ст. 1002 гражданского кодекса Российской Федерации². Тем самым устраняется пробел законодательства об ОМС и защищаются права медицинских организаций, которые не получили оплату предоставленной медицинской помощи по ОМС

¹ Рощепко, Н.В. Единство публичных и частных начал в правовом регулировании социально-страховых отношений: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук / Рощепко Наталья Владимировна ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ). – Москва, 2016. – 28 с.

² Рощепко, Н.В. Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС // Медицинское право. – 2018. – № 3. – С. 35 - 39.

ввиду признания страховой медицинской организации несостоятельной или отзыва у нее лицензии. Применяя по аналогии положения ч. 2 ст. 1002 гражданский кодекс Российской Федерации ¹, суды возлагают указанную обязанность на территориальный фонд ОМС (как комитента), в том числе и когда задолженность страховой медицинской организации (комиссионера) образовалась до даты соответствующего расторжения договора о финансовом обеспечении ОМС.

По сути, договор о финансовом обеспечении регулирует отношения по распределению публичных финансов, предназначенных для исполнения публично-правовым образованием обязательств социального характера. Некоторые авторы справедливо подчеркивают, что само обособление средств государственных внебюджетных фондов внутри бюджетной системы обусловлено исключительно их целевым предназначением для финансового обеспечения конкретного вида социального страхования. Поэтому в самой сути правового режима финансовых средств заложен принцип целеполагания.

Договор предоставляет страховой организации и такие полномочия страховщика, как оформление, переоформление, выдача полиса ОМС, ведение персонифицированного учета, рассмотрение обращений и жалоб граждан, защита прав, законных интересов застрахованных лиц и др. Как обоснованно указывается в литературе, данные полномочия реализуются в рамках производных от социально-обеспечительных отношений. Вместе с тем это не меняет квалификации рассматриваемого договора. Договор о финансовом обеспечении ОМС – это финансовый договор, призванный опосредовать процесс распределения публичных финансов от территориальный фонд ОМС к страховой медицинской организации и организовать использование целевых средств ОМС. Таким образом, договор о финансовом обеспечении ОМС является финансовым договором, что накладывает определенные обязательства и предоставляет права

¹ Гражданский кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

сторонам по данному договору, что подтверждается выводами судов. Представление договора о финансовом обеспечении как договора, регулируемого гражданским законодательством, и определяемого также в качестве договора возмездного предоставления услуг, дает возможность одной из его сторон отказаться от исполнения своих обязательств в одностороннем порядке. Подводя итоги параграфа, определим направления решения проблем в системе ОМС.

Изменение и увеличение объема финансирования возложено полностью на бюджет, если речь идет о бесплатной медицинской помощи. Поэтому, в целях роста ресурсов целесообразно ввести государственно-частное партнерство финансового обеспечения здравоохранения.

Как видится, необходимо будет в определенной мере изменить порядок проведения диспансеризации среди граждан Российской Федерации. Должны оцениваться, прежде всего, показатели выявляемости среди граждан Российской Федерации тех или иных болезней, а также показатели результативности мероприятий, осуществленных в медицинской сфере.

В условиях ограниченных денежных средств медицинских организаций следует обеспечить возможность создания так называемого «риск-фонда».

Договор на предоставление и оплату медицинской помощи не является договором ОМС. Данный договор является публичным социально-обеспечительным. Тем не менее, для данной его квалификации нужно будет внести в действующее законодательство Российской Федерации ряд соответствующих дополнений и изменений в части прав гражданина, который получает медицинскую помощь в границах системы ОМС, а также в части форм и способов защиты данных прав. Прежде всего, касается это специализированных правил возмещения того вреда, который был причинен застрахованному гражданину некачественной, а также не своевременно оказанной медицинской помощью. Следует предусмотреть нормативно-правовой акт, которым мог бы руководствоваться пациент при нарушении его прав и интересов. Если обратиться к договору о финансовом обеспечении ОМС, то, как видится, это финансово-

правовой договор, обеспечивающий расходование денежных средств фонд ОМС. У договора о финансовом обеспечении ОМС имеются отдельные признаки договора комиссии. Таким образом, устраняется пробел законодательства об ОМС и защищаются права медицинских организаций, которые не получили оплату предоставленной медицинской помощи по ОМС ввиду признания страховой медицинской организации несостоятельной (банкротом) или отзыва у нее лицензии.

В законодательстве нет специализированных правил возмещения застрахованному лицу вреда, если оно пострадал от действий (бездействия) со стороны медицинской либо страховой организации. Поэтому целесообразно разработать и внести такие правила в виде нормы в Закон об ОМС. А беря во внимание предложение об издании специального нормативно - правового акта, которым бы пациент смог руководствоваться в случае нарушения его интересов и прав, то в новых правовых нормах в обязательном порядке должна иметься отсылка к данному акту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги исследования, нами были деланы выводы:

1. Договор обязательного медицинского страхования является двусторонним (застрахованное лицо с одной стороны, и страхователь – с другой). При этом упомянутый в гражданский кодекс Российской Федерации принцип свободы договора, который должен распространяться на все виды договоров, не действует в отношении договора об оказании и оплате медицинской помощи в рамках ОМС, поскольку медицинская организация, страхования медицинская организация, территориальный фонд ОМС обязаны заключаться такие договоры, так как медицинская помощь, оказываемая по ОМС, гарантируется Конституцией Российской Федерации.

Надо особо отметить, что по сути договорные отношения в сфере обязательного медицинского страхования включают два вида договоров – финансового обеспечения и оплаты медицинских услуг. В связи с этим между этими видами договоров возникает прямая взаимосвязь, поскольку существование одного обуславливает необходимость наличия другого договора. Безусловно, эти договоры опосредуют различные отношения, между разными субъектами, однако полагаем, что реквизиты договора о финансовом обеспечении обязательно должны быть упомянуты в договоре на предоставление и оплату медицинской помощи по ОМС.

2. Правовая природа и правовая конструкция обязательств в системе ОМС свидетельствует о том, что договор ОМС можно отнести к публичным договорам в большей степени, чем к частным, несмотря на то, что исполняется договор в пользу частного лица – застрахованного гражданина.

Кроме того, нужно отметить, что договор ОМС можно отнести к договорам возмездным, так как, хотя это и неочевидно, медицинская помощь, оказываемая в рамках ОМС, условно бесплатная – территориальный фонд ОМС перечисляет средства страховой медицинской организации в счет оплаты

оказанного объема услуг. Поэтому обязательность заключения договора ОМС, противоречащая принципам свободы гражданского договора, имеет признаки возмездности, двусторонней ответственности при неисполнении условий договора. Так, к подобным условиям договора, заключенного между территориальным фондом ОМС и страховым медицинским учреждением, следует отнести объем средств, выделяемых в системе ОМС. В договоре, заключенном между страховой организацией и медицинской организацией – объем помощи, оказанной в конкретной медицинской организации.

3. Нормативно-правовое регулирование системы ОМС представлена законодательством не только непосредственно в области медицинского страхования, но и охраны здоровья граждан, поскольку эти сферы взаимосвязаны между собой. Однако полагаем, что ряд разрозненных актов и отдельных норм, посвященных ОМС, целесообразно объединить в один консолидированный акт, который должен вобрать в себя все аспекты, так или иначе связанные с обязательным медицинским страхованием.

4. Обязанности страхователя заключаются в предоставлении гарантий застрахованным лицам в области обязательного медицинского страхования. Особо следует отметить, что поскольку ОМС относится к обязательному социальному страхованию, то содержит признаки социального страхования. То есть, возникновение страховой защиты происходит напрямую из закона (иначе говоря, нет договора страхования). Указанный признак социального страхования предполагает следующее: у страхователей и страховщика нет необходимости заключать договор страхования для возникновения соответствующих отношений: само по себе отнесение действующим законодательством лиц к категории застрахованных лиц или к категории страхователей порождает у них сопряженные с данным статусом права и обязанности.

При этом профессиональные участники обязательного медицинского страхования, территориальный фонд ОМС и медицинская организация, обязаны

заклучить договор, сущность которого заключается в финансовом обеспечении ОМС.

5. К правам страхователя в границах договора ОМС относятся выбор страховщика, получение информации в пределах и для целей ОМС. Как субъект ОМС, страховая медицинская организация в качестве страховщика, также имеет право на участие в формировании территориальной программы страхования, страховых тарифов, на получение вознаграждения.

Для страхователей особым правом является право на обращение в суд при неправомерной проверке Пенсионного фонда Российской Федерации с целью взыскания страховых взносов. Несмотря на то, что суды часто встают на сторону работодателей, со стороны страхователей также могут быть нарушения в системе ОМС. Поэтому полагаем, что при применении специальных тарифов, получении средства по ОМС (если это медицинская организация) указанным субъектам следует дополнительно ознакамливаться, под подпись, с правилами, установленными в системе ОМС.

6. Среди проблем реализации договорных отношений в системе ОМС можно отметить следующие проблемы:

Во-первых, это проблема, связанная с высоким уровнем неграмотности среди населения Российской Федерации;

Во-вторых, это проблема, связанная с финансовым обеспечением медицинской сферы в Российской Федерации;

В-третьих, это проблема, связанная с коррупционной деятельностью работников российских организаций в системе здравоохранения.

В-четвертых, это проблема, связанная с финансовыми рисками в системе ОМС;

– договор о финансовом обеспечении ОМС выступает в качестве юридического основания для возникновения, изменения, а также прекращения финансовых отношений между территориальный фонд ОМС и страховым учреждением здравоохранения. В Законе об ОМС интересы

застрахованного гражданина ушли с центральной позиции. В законодательстве нет специализированных правил возмещения застрахованному лицу вреда, если оно пострадало от действий (бездействия) со стороны медицинской либо страховой организации.

7. Изменение и увеличение объема финансирования возложено полностью на бюджет, если речь идет о бесплатной медицинской помощи. Поэтому, в целях роста ресурсов целесообразно ввести государственно-частное партнерство финансового обеспечения здравоохранения.

Тем самым, как видится, необходимо будет в определенной мере изменить порядок проведения диспансеризации среди граждан Российской Федерации. Должны оцениваться, прежде всего, показатели выявляемости среди граждан Российской Федерации тех или иных болезней, а также показатели результативности мероприятий, осуществленных в медицинской сфере.

В условиях ограниченных денежных средств медицинских организаций следует обеспечить возможность создания так называемого «риск-фонда».

Договор на предоставление и оплату медицинской помощи не является договором ОМС. Данный договор является публичным социально-обеспечительным. Тем не менее, для данной его квалификации нужно будет внести в действующее законодательство Российской Федерации ряд соответствующих дополнений и изменений в части прав гражданина, который получает медицинскую помощь в границах системы ОМС, а также в части форм и способов защиты данных прав. Прежде всего, касается это специализированных правил возмещения того вреда, который был причинен застрахованному гражданину некачественной, а также не своевременно оказанной медицинской помощью.

Следует предусмотреть нормативно-правовой акт, которым мог бы руководствоваться пациент при нарушении его прав и интересов.

Если обратиться к договору о финансовом обеспечении ОМС, то, как видится, это финансово-правовой договор, обеспечивающий расходование денежных средств фонд ОМС.

У договора о финансовом обеспечении ОМС имеются отдельные признаки договора комиссии. Тем самым устраняется пробел законодательства об ОМС и защищаются права медицинских организаций, которые не получили оплату предоставленной медицинской помощи по ОМС ввиду признания страховой медицинской организации несостоятельной (банкротом) или отзыва у нее лицензии.

В законодательстве нет специализированных правил возмещения застрахованному лицу вреда, если оно пострадало от действий (бездействия) со стороны медицинской либо страховой организации. Поэтому целесообразно разработать и внести такие правила в виде нормы в Закон об ОМС. А беря во внимание предложение об издании специального нормативно – правового акта, которым бы пациент смог руководствоваться в случае нарушения его интересов и прав, то в новых правовых нормах в обязательном порядке должна иметься отсылка к данному акту.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Нормативно-правовые акты

1.1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

1.2. Гражданский кодекс Российской Федерации // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

1.3. О защите прав потребителей : закон Российской Федерации [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

1.4. Об основах обязательного социального страхования: Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ (ред. от 24.02.2021) // Собрание законодательства РФ. – 1999. – 29. – Ст. 3686.

1.5. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

1.6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

1.7. О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: Федеральный закон от

08.12.2020 № 430-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2020. – №50 (часть III). – Ст. 8075.

1.8. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Федеральный закон от 22.12.2020 № 438-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2020. – 52 (Часть I). – Ст. 8584.

1.9. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499–1 (ред. от 24.07.2009) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – № 27. – Ст. 920.

1.10. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 (ред. от 21.07.2020) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – №20. – Ст. 2817.

1.11. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 (ред. от 31.03.2021) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 1. – Ст. 373.

1.12. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 (ред. от 11.03. 2021) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2021. – № 2. – Ст. 384.

1.13. Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2010 № 1168н (ред. от 01.12.2011) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 02.04.2021).

1.14. Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования: Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития России от 21.01.2011 № 15н (ред. от 07.10.2013) (Зарегистрировано в Министерстве Юстиций России 02.02.2011 № 19661) // Российская газета. – № 29. – 11.02.2011.

1.15. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 02.04.2021).

1.16. Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования: Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) : [сайт]. – URL: www.pravo.gov.ru (дата обращения: 15.04.2021).

1.17. О применении налога на профессиональный доход: Письмо Федеральной налоговой службы Российской Федерации от 20.02.2019 № СД-4-3/2899@ // Официальный сайт Федеральной налоговой службы Российской Федерации (www.nalog.gov.ru): [сайт]. – URL: https://www.nalog.gov.ru/rn16/news/tax_doc_news/9155323/ (дата обращения 12.05.2021).

1.18. О работе юридических лиц с налогоплательщиками налога на профессиональный доход // Федеральная Налоговая Служба Российской Федерации : официальный сайт. – 2019. – URL: https://www.nalog.ru/rn16/news/tax_doc_news/9155323/ (дата обращения: 01.05.2021).

1.19. Об изменениях в договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования : Письмо Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 06.07.2016 № 4877/30-2/2839 // Официальный сайт Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от (<http://www.ffoms.gov.ru/>): [сайт]. – URL: http://www.ffoms.gov.ru/news/ffoms/175416400/?sphrase_id=230915 (дата обращения 12.05.2021).

2. Научная и учебная литература

2.1. Абубакиров, А.С. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования: монография / А.С. Абубакиров, П.И. Ананченкова, Д.С. Амонова и др. – Москва : Берлин, 2019. – 168 с.

2.2. Белозерова, О.А. Организационная природа договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию / О.А. Белозерова // Журнал «Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2016. – №11. – С. 84–86.

2.3. Березников, А.В. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования / А.В. Березников, Е.А. Берсенева, Е.В. Градобоев и др. – Москва : Издательский Дом Академии Естествознания, 2018. – 80 с.

2.4. Бойкова, А.В. Вопросы контроля качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования / А.В. Бойкова, А.В. Шаркова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. – № 1–1 (59). – С. 46–48.

2.5. Внукова, В.А. Правовые вопросы регулирования договорных отношений в сфере обязательного медицинского страхования / А.В. Внукова, М.В. Осадченко // Социальное и пенсионное право. – 2019. – № 1. – С. 37–43.

2.6. Внукова, В.А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения / В.А. Внукова // Медицинское право. – 2018. – № 4. – С. 18–23.

2.7. Горбунова, О.В. Общая характеристика договора оказания медицинских услуг / О.В. Горбунова // Журнал «Вестник Волжского университета

им. В.Н. Татищева. – 2017. – № 4. – С. 36–37.

2.8. Григорьев, И.В. Право социального обеспечения: учебник и практикум для вузов / И.В. Григорьев, В.Ш. Шайхатдинов. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – 426 с.

2.9. Егорова, Д.В. Реализация права на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в рамках реформирования системы здравоохранения России / Д.В. 2.10. Егорова // Пробелы в российском законодательстве. – 2017. – № 6. – С. 217–219.

2.11. Образцова Е.Н. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации: учебное пособие / Е. Н. Образцова, Л. А. Агаркова, Н. Н. Мороз и др. – Томск : Изд-в СибГМУ, 2016. – 135 с.

2.12. Пешкова, Х.В. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (постатейный) / Х.В. Пешкова, Э.С. Бондарева, Т.И. Лысенко, И.А. Митричев // СПС КонсультантПлюс. – 2017. – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=CMB&n=18462> (дата обращения: 02.05.2021).

2.13. Рощепко, Н.В. Договор о финансовом обеспечении ОМС: правовая природа, назначение, актуальные проблемы правового регулирования / Н.В. Рощепко // Социальное и пенсионное право. – 2018. – № 2. – С. 29–33.

2.14. Рощепко, Н.В. Единство публичных и частных начал в правовом регулировании социально-страховых отношений: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук / Рощепко Наталья Владимировна; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Санкт-Петербург, 2016. – 28 с. // Научная электронная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat : [сайт]. – URL: <https://www.dissercat.com/content/organizatsionno-ekonomicheskii-mekhanizm-obespecheniya-innovatsionnogo> (дата обращения: 10.05.2021).

2.15. Рощепко, Н.В. Юридическая квалификация договора на оказание и

оплату медицинской помощи по ОМС // Медицинское право. – 2018. – № 3. – С. 35–39.

2.16. Смирнова, В.О. Гражданско-правовой аспект договорных обязательств в системе обязательного медицинского страхования / В.О. Смирнова // *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. – 2018. – № 2(30). – С. 56–59.

2.17. Соколов А.А. Разработка принципов обеспечения эффективности модернизации финансовой модели системы общественного здравоохранения / А.А. Соколов // *Научный вестник ЮИМ*. – 2017. – № 1. – С. 20–25.

2.18. Тимофеев, А.В. Противодействие преступлениям в сфере обязательного медицинского страхования / А.В. Тимофеев // *Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России*. – 2019. – № 1 (81). – С. 165–170.

2.19. Шелякина, В.А. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования: монография / Под ред. В.А. Шелякина, Е.Г. Князевой. – Москва : Издательский Дом Академии Естествознания, 2018. – 80 с.

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

2.21. Ясаева, З.А. Проблемы финансирования здравоохранения РФ / З.А. Ясаева // *Экономика и бизнес: теория и практика*. – 2019. – № 12–3 (58). – С. 163–166.

3.Материалы правоприменительной практики

3.1. О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: Постановление Пленума Верховного Суда РФ // *Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации*. – 2012. – № 9. – Ст. 114.

3.2. Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 22.04.2019 № Ф06-46302/2019 по делу № А72-9094/2018 // *Электронное правосудие : официальный сайт*. – 2019. – URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/e8f730fc-917d-4044->

b1ba-0b3dfb037f60 (дата обращения 12.05.2021).

3.3. Постановление Арбитражного суда Центрального округа от 03.09.2020 № Ф10-3293/2020 по делу № А83-3168/2019 // Электронное правосудие: официальный сайт. – 2020. – URL: <https://kad.arbitr.ru/Card/b6b4737d-70d2-4757-b4cd-c2a6160e652e> (дата обращения 12.05.2021).

3.4. Постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 16.07.2018 № Ф08-4300/2018 по делу № А53-13904/2017 // Электронное правосудие: официальный сайт. – 2020. – URL : <https://kad.arbitr.ru/Card/4d6249b4-b111-4959-8033-db6cbdf4c085> (дата обращения 12.05.2021).