

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра

«Гражданское право и процесс»

(наименование)

40.04.01 «Юриспруденция»

(код и наименование направления подготовки)

Гражданское право и международное частное право

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Особенности правового регулирования обязательного медицинского страхования в России

Обучающийся

К.А. Писаренко

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

канд. юрид. наук, доцент О.В. Бобровский

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2024

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Становление и развитие медицинского страхования	8
1.1 Характеристика мировых систем здравоохранения.....	8
1.2 Историко-правовой аспект появления и развития медицинского страхования в России.....	16
Глава 2 Общая характеристика обязательного медицинского страхования в России	26
2.1 Основные принципы деятельности системы обязательного медицинского страхования	26
2.2 Правовые основы реализации обязательного медицинского страхования.....	32
Глава 3 Правовой анализ состояния обязательного медицинского страхования в России.....	42
3.1 Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования.....	42
3.2 Совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании	58
Заключение	65
Список используемой литературы и используемых источников.....	67

Введение

Физическое состояние каждого гражданина является уникальной ценностью, которая тесно связана практически со всеми сферами жизни. Одними из основных показателей, оказывающих влияние на состояние человека, благополучие всего общества, являются качество и доступность оказания медпомощи.

Российская Федерация имеет статус правового социального государства, для населения страны медицинские услуги оказываются в лечебных учреждениях бесплатно. Кроме того, безвозмездность оказания медицинской помощи объясняется историческими традициями и действием на территории государства определенных международно-правовых обязательств.

Тема получения населением доступных и качественных медицинских услуг остается актуальным предметом для научных дискуссий. Все изменения, касающиеся сферы охраны здоровья и системы обязательного медицинского страхования, не должны нарушать главного – права жителей России на бесплатную медпомощь.

Между тем, право на бесплатные медицинские услуги и смежные права определяют перечень обязанностей государства и позволяют выбирать необходимые механизмы правового регулирования для дальнейшего развития системы здравоохранения. Разнообразие организационных форм предоставления бесплатной медицинской помощи совместно с широко распространенной в настоящее время отраслью коммерческой медицины приводят к необходимости обсуждения вопросов оптимизации межотраслевых связей права всего социального обеспечения.

Актуальность работы заключается в том, что обязательное медицинское страхование является важным элементом социальной политики государства, от эффективного функционирования которого зависит социальная защищенность и здоровье граждан.

Согласно Конституции РФ, право на медпомощь имеет каждый житель нашей страны, а медицинская помощь предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно. Для реализации данного положения в РФ разработано большое количество нормативно-правовых актов, которые определяют порядок предоставления медицинской помощи и ее оплаты. Вместе с тем, на некоторые «узкие» вопросы законодатель не обратил внимания или недостаточно их проработал, что послужило основанием для судебных споров, а на практике проявилось в возникновении ситуаций, при которых население не может получить качественную и своевременную медицинскую помощь.

Кроме того, сфера охраны здоровья в России непрерывно развивается, коррективы вносятся и под воздействием внешних обстоятельств, при появлении и распространении новых видов заболеваний, например, новой коронавирусной инфекции. Система обязательного медицинского страхования, помимо этого, постоянно изменяется, совершенствуются системы оплаты, порядок финансового обеспечения медицинских организаций, в нее включаются новые профили оказания помощи.

Регулирование данных процессов должно сопровождаться правовыми нормами, которые иногда вводятся несвоевременно или не в полном объеме. Приведенные выше аргументы позволяют сделать вывод о необходимости повышения значимости правового регулирования в сфере обязательного медицинского страхования.

Степень разработанности темы исследования: Специфика правового регулирования обязательного медицинского страхования в России актуальна и нуждается в исследовании, поскольку система здравоохранения непрерывно развивается. Все изменения должны своевременно находить отражение в нормативной базе и при этом иметь тождественные положения с другими правовыми актами для беспрепятственного получения гражданами РФ качественной медицинской помощи.

Объект исследования: взаимоотношения субъектов в области системы обязательного медицинского страхования.

Предмет исследования: правовые нормы, которые устанавливают способы реализации в России одного из видов социального обеспечения – обязательного медицинского страхования.

Цель исследования: анализ актуальности существующего в настоящее время порядка правового регулирования обязательного медицинского страхования, определение специфики и проблем правового обеспечения и выработка предложений повышения его качества.

Гипотеза исследования состоит в том, что специфика правового регулирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации определена реализацией в нашей стране страховой модели системы здравоохранения со включением элементов государственного здравоохранения и действием большого количества подзаконных актов, устанавливающих новые правовые нормы, которые в определенных случаях противоречат федеральным законам и другим нормативно-правовым актам. Предлагается внести изменения в нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность обязательного медицинского страхования, если в ходе проведения исследования в этих документах будут выявлены юридические коллизии.

Задачи исследования:

- исследование зарубежного опыта развития систем здравоохранения;
- исследование правового аспекта становления и развития медицинского страхования в РФ;
- изучение принципов обязательного медицинского страхования, сопоставление их с принципами социального страхования;
- анализ правового регулирования медстрахования в России;
- установление специфики и спорных ситуаций в порядке осуществления обязательного медицинского страхования на практике;

- подготовка предложений по совершенствованию правового регулирования в области обязательного медицинского страхования.

Нормативно-правовая основа исследования: Конституция РФ, Гражданский кодекс РФ, федеральные законы, осуществляющие регулирование деятельности системы обязательного медицинского страхования, а также различные ведомственные нормативно-правовые акты.

Теоретическая основа исследования: Специфика правового регулирования социального обеспечения, в том числе обязательного медицинского страхования, становится предметом исследования в научной литературе для многих специалистов по правоведению, юристов. Нельзя не отметить значение научных работ М.И. Брагинского, Е.Б. Лупарева, Е.В. Епифановой, Ю.Б. Фогельсона, Г.Ф. Шершеневича и др.

Научная новизна исследования: Работа является исследованием актуальных в настоящее время спорных ситуаций, создаваемых при реализации страховой модели здравоохранения.

В результате проведенного анализа на защиту выносятся следующие положения:

- в Российской Федерации создана система страховой медицины, которая имеет свои особенности – она предусматривает значительное участие государства и проведение профилактических мероприятий, которые не попадают под определение понятия «страховой случай», закрепленного в федеральных законах;
- сущность правового регулирования медицинского страхования осуществляется через его задачи и принципы, которые имеют схожие черты с принципами социального страхования, а также в некоторых положениях противоречат друг другу;
- отдельные нормы, имеющие важное значение в обеспечении граждан медицинской помощью, регламентируются не федеральным законодательством, а определяются ведомственными приказами. Результатами такой особенности правового регулирования являются

недостатки действующего законодательства об ОМС, в том числе в фундаментальных вопросах;

- юридические коллизии возникают при правовом обеспечении основных прав застрахованных лиц – права на прикрепление к медицинской организации, права на выбор медицинского специалиста, права на получение лечения в полном объеме за пределами территории, в которой выдан полис ОМС, права на достоверную информацию о предоставляемой помощи, указанную в информированном добровольном согласии;
- правовое обеспечение системы здравоохранения и системы медицинского страхования нуждаются в изменениях, которые будут способствовать качественному регулированию правоотношений субъектов обязательного медицинского страхования.

Выводы, полученные в результате данного исследования, могут быть использованы в практической и законотворческой деятельности.

Глава 1 Становление и развитие медицинского страхования

1.1 Характеристика мировых систем здравоохранения

Для определения современных системных подходов к понятию и организации медстрахования, исследования нормативного регулирования в области обязательного медицинского страхования необходимо рассмотреть характеристики действующих в настоящее время в мире систем здравоохранения.

В странах по-разному создан и функционирует механизм организации оказания медицинской помощи и ее финансирования. Он зависит от экономических, политических, нравственно-этических и других исторически сложившихся условий.

Система здравоохранения любого государства включает в себя все организации, учреждения и ресурсы, основной целью которых является охрана здоровья населения. Системы здравоохранения анализируют и обобщают сведения о причинах заболеваний, способствуют созданию благоприятной для здоровья среды и активно развивают профилактическую медицину. Подход Всемирной организации здравоохранения подразумевает, что страны должны разрабатывать и развивать интегрированные системы в соответствии со своими потребностями и возможностями [47].

Система здравоохранения в каждой стране является отражением ее экономического устройства, демографических, географических, исторических особенностей и целей, которые ставит перед собой общество.

Существует несколько классификаций мировых систем здравоохранения, которые различаются критериями, составляющими их основу. В своем исследовании мы будем опираться на классификацию, построенную на определении субъектов финансирования здравоохранения.

Специалистами Всемирной организации здравоохранения (С. Хакассон, Б. Мажнони, Х. Муни, Дж.Л. Робертс, Г.Л. Стоддарт,

К.С. Йохансен, Х. Золлнер) была разработана классификация, по которой определяются три базовых типа систем здравоохранения [44]:

- государственная (системы Семашко, Бевериджа),
- социально-страховая (система Бисмарка),
- рыночная или частная система здравоохранения.

Экономические модели систем охраны здоровья разных стран формируются в зависимости от того, каковы роль и функции государства в этих процессах.

Рассмотрим основные характеристики предложенных типов.

Государственная система здравоохранения предполагает, соответственно, государственное финансирование оказываемых населению медицинских услуг. Основной принцип данной системы – государство обязано заботиться о здоровье своих граждан. Гражданин, как потребитель медицинских услуг, находится под покровительством государства, органов организации здравоохранения и лечебных учреждений. Следовательно, государство определяет, когда и какие именно услуги потребитель может получить.

В своих работах В.В. Ермаков, Е.Н. Индейкин, В.И. Кричагин, А.В. Телюков и другие исследователи выделяют две основных модели системы здравоохранения данного типа – «систему Семашко» в СССР и «систему Бевериджа» в Великобритании.

Система Семашко стала первым опытом создания единой общенациональной системы медицинского обеспечения. Под руководством Н.А. Семашко в начале XX века в России была организована единая всеобщая система здравоохранения и создан первый в мире высший государственный орган, которому подчинялись все отрасли медико-санитарного дела в стране [3]. Частная медицина была ликвидирована.

После распада СССР каждая республика самостоятельно выбрала свой путь развития системы здравоохранения.

Многие страны мира – Швеция, Ирландия, Дания, Италия и другие – создавали свои бюджетные системы здравоохранения, опираясь на опыт системы Семашко. Данная модель была взята за основу появившейся после окончания Второй мировой войны системы Бевериджа, принятой в Великобритании и некоторых других странах [45].

Модель У. Бевериджа так же, как и система Семашко, основывалась на финансировании здравоохранения из государственного бюджета. Однако имела со своим «родоначальником» некоторые различия. Провозглашавшиеся в ней концепции обеспечивали правом на медицинскую помощь тех жителей Великобритании, у которых отсутствовал по определенным основаниям непрерывный страховой стаж. Вместе с тем, обязательный для всех перечень бесплатных медицинских услуг и предоставляемые для него средства мотивировали британцев больше внимания уделять формированию семейного бюджета.

Описание и реализация модели, представленной в докладе Бевериджа, нашли поддержку не только в родной стране политика, но и далеко за ее пределами. Известный историк Бенджамин Джон Пимлотт сказал: «...с этого момента слово «Беверидж» перестало обозначать имя человека, став названием образа жизни, причем не только для Великобритании, но и для всего цивилизованного мира» [46]. Модель Бевериджа также имела успех в связи со сформированной в послевоенное время концепцией прав человека, утвержденной Всеобщей декларацией Организации Объединенных Наций 1948 года. В одном из положений документа содержалась информация об установлении всеобщего права на социальное обеспечение.

Данная система здравоохранения использовалась в Португалии, Испании, Греции.

Однако в самой Великобритании с течением времени эффективность данной системы стала снижаться. В организацию здравоохранения были внедрены корпоративные страховые схемы, которые значительно повысили уровень предоставляемых бюджетных ассигнований. Вскоре бюджет

здравоохранения также стали составлять выплаты на базе повышенных отчислений из заработной платы. В 2012 году в стране был принят «Акт о здоровье», который сохранил основной принцип работы государственной системы здравоохранения – доступ к медицинской помощи на основании потребностей, а не платежеспособности.

Как закреплено в учредительном акте Национальной службы по социальному здравоохранению, опубликованном в 2015 году, организация предоставляет всесторонние услуги для всего населения, независимо от гендера, расы, ограничений по здоровью, сексуальной ориентации, религиозных взглядов.

Однако гражданам Англии приходится оплачивать оказание отдельной медицинской помощи, например, стоматологические и офтальмологические услуги, отдельная плата взимается за медицинские справки [17, с. 195].

Страховая система здравоохранения фундаментально основывается на медицинском страховании, добровольном и/или обязательном. Она предполагает организацию своей деятельности при проведении в государстве смешанной экономики, предоставляя возможность наличия рыночных отношений в здравоохранении совместно с развитой системой социальных гарантий и государственного регулирования, доступности оказания медицинских услуг для всех категорий граждан. «Отличительной чертой социально-страховой системы является предоставление соцобеспечения, в том числе обязательного медстрахования, бесплатных медицинских услуг для большей части или всех граждан страны» [6, с. 61], при этом предполагается финансовая поддержка правительством действующих страховых фондов. Государство осуществляет регуляторную функцию в отношении получения населением своевременной и качественной помощи без учета их доходов, но при этом позволяя развиваться в необходимой степени частной медицине. Многоканальная система финансирования создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Существует несколько моделей здравоохранения, основанных на данном принципе финансирования, но самая известная из них – модель Бисмарка.

Описание модели Бисмарка в первый раз было представлено императором Вильгельмом I в конце 1881 года. Он сообщил об этом в своем письме представительному органу Германии. При этом разработчиком системы и главным ее исполнителем являлся канцлер Отто фон Бисмарка [43].

Однако реализация данной модели имела свои особенности. Она не учитывала вероятность экономических и демографических кризисов. При возникновении подобных ситуаций количество граждан, которым были бы предоставлены выплаты, могло существенно превысить количество плательщиков социально-страховых взносов.

Данная система здравоохранения используется во многих странах, но при этом имеет разные вариации. Наиболее ярко данная модель представлена здравоохранением Нидерландов, Франции, Австрии, Федеративной Республики Германия, Бельгии, Голландии, Канады и Японии.

Для всех стран скандинавской правовой семьи характерно отсутствие на законодательном уровне единого нормативно-правового акта об охране здоровья. В статье 20 Основного закона Федеративной Республики Германия от 23 мая 1949 г. установлено, что ФРГ является демократическим и социальным федеративным государством. Вместе с тем, в Основном законе отсутствуют нормы, принципы относительно реализации гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Некоторые страны Евросоюза (Франция, Нидерланды) активно вносят изменения в правовые акты для социального страхования, чтобы оперативно менять перечень медицинских услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования. Другие государства (Бельгия, Германия, Швейцария, Швеция) устанавливают законодательно, какие медицинские услуги будут предоставляться бесплатно по программе обязательного медстрахования на длительный срок.

Перечень медицинских услуг, предоставляемых по обязательному медицинскому страхованию, обычно одинаковый во многих странах. Однако существуют и различия, которые выражаются в нескольких аспектах. Например, одним из них является объем стоматологической помощи, который предоставляется гражданам в рамках медстрахования. В Нидерландах и Швейцарии стоматологическая помощь не включена в основной пакет медицинских услуг для взрослого населения, в то время как в Бельгии, Германии, Франции и Швеции стоматологическая помощь входит в программу бесплатных медицинских услуг. Эти различия могут быть обусловлены подходами к организации здравоохранения, финансированию системы здравоохранения, а также историческими и культурными особенностями каждого государства.

Еще одно отличие законодательного закрепления базового пакета состоит в его форме: в Бельгии, Франции и Германии законодательно закрепляются те виды лечения, которые покрываются за счет средств обязательного медицинского страхования, а в Нидерландах, Швейцарии и Швеции, напротив, законодательство указывает только те исключения, которые страхованием не охватываются.

Для организации рыночной системы здравоохранения типично оказание лечебных услуг в основном на основе, за счет пациента, нуждающегося в медпомощи. Основной принцип рыночной модели: «Охрана здоровья – персональное дело каждого».

В рыночной модели здравоохранения основой являются свободные отношения, в рамках которых решения о предоставлении медицинских услуг принимаются на основе спроса и предложения. Согласно этой модели, рынок должен обеспечить все потребности граждан в медицинских услугах путем регулирования цен, качества и доступности услуг. Ту часть запросов, которая им не обеспечивается (социально не защищенные слои населения, пенсионеры, безработные), гарантирует руководство страны посредством создания и развития специальных социальных программ, предусматривающих

бесплатное оказание медпомощи. В рыночной модели услуги здравоохранения являются своеобразным товаром, который может быть приобретен или продан в соответствии с основными канонами рынка.

Рыночная модель системы здравоохранения – одна из наиболее интересных, развитых, но при этом одна из наиболее дорогих моделей. Например, экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику Соединенных штатов Америки оценивается на уровне 10 % внутреннего валового продукта, то есть в сотни миллиардов долларов, но затраты на организацию оказания медпомощи значительно выше и равны примерно 14 % внутреннего валового продукта [18, с. 60-64].

Таким образом, если рассматривать рыночную модель здравоохранения с экономической точки зрения, она является малоэффективной, требующей перерасхода денежных средств. Однако рыночная модель организации здравоохранения может привести к обострению общественно-политической обстановки в странах, поскольку граждане фактически являются незащищенными, у них отсутствуют гарантии в предоставлении медпомощи.

Рыночные/частные системы здравоохранения применяются в некоторых странах Латинской Америки (например, Колумбии), Азии (Филиппины), Африки (Нигерия).

Типичным примером рыночной модели является рынок медицинских услуг Соединенных Штатов Америки. В 2010 году в США был принят закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи», который ознаменовал начало крупномасштабной реформы здравоохранения. Новая схема позволяет не только повысить охват населения медицинским страхованием, но и открывает новые источники финансирования государственного бюджета, средства от которых могут быть направлены на обеспечение государственных программ: «Medicare» и «Medicaid».

В настоящее время медицинское обеспечение почти ни в одном из государств не представлено в неизменившейся форме, без включения признаков какой-либо другой системы. Практически везде нормативно-

правовые акты, регламентирующие социальное обеспечение, были существенно изменены с «учетом особенностей государства, имеющих в нем традицией и обычаев, пути развития страны, поставленных общественно-политических и экономических целей, а также других обстоятельств, которые оказывают воздействие на изменение в действительности всех областей жизнеобеспечения» [37].

Необходимо подчеркнуть, что в большинстве существующих систем здравоохранения можно проследить фундаментальные элементы рассмотренных в диссертации трех моделей – государственной (системы Семашко, Бевериджа), социально-страховой (система Бисмарка) и негосударственной (рыночная или частная) систем здравоохранения.

Анализ изученных теоретических источников подтверждает истинность наших выводов о том, что в России была установлена страховая модель здравоохранения, при этом обладающая своими особенностями, которые в том числе влияют на правовое регулирование системы оказания медицинской помощи в стране.

Так, в нашей стране принят единый нормативно-правовой акт об охране здоровья – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что является важным элементом государственной системы здравоохранения. Наравне с указанным нормативно-правовым актом действует Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», регламентирующий порядок реализации страховой модели здравоохранения на территории Российской Федерации. Два федеральных закона дополняют друг друга и вместе с тем оставляют пробелы в законодательстве, которые закрываются многочисленными ведомственными приказами. Данные факты являются особенностями правового регулирования обязательного медицинского страхования в нашей стране.

Таким образом, анализ классификации мировых систем здравоохранения, построенной на определении субъектов финансирования,

позволяет сделать вывод о том, что в России в настоящее время действует страховая модель здравоохранения, дополненная элементами государственной системы, по своей сути являющаяся бюджетно-страховой экономической моделью организации оказания медпомощи.

1.2 Историко-правовой аспект появления и развития медицинского страхования в России

Анализ источников отечественных и зарубежных авторов, дошедших до нашего времени, позволяют судить о том, что медицинская помощь оказывалась еще во времена Древней Руси. Можно выделить три организационных формы оказания медицинских услуг в тот период:

- народная медицина,
- оказание медицинской помощи в церквях, монастырях,
- светская медицина.

В конце X века был издан Церковный Устав великого князя Владимира Святославовича, который определил правовое положение врачей, осуществлявших деятельность при монастырях и больницах: «лечцы» стали относиться к церковным людям, то есть они входили в прямое подчинение к епископу [11, с. 38-40]. Кроме того, документ закреплял ряд положений, которые касались вопросов организации и функционирования больниц.

Народная, монастырская и светская медицина были основными источниками оказания медицинской помощи на протяжении нескольких столетий, изменения в деятельность лекарей не вносились вплоть до XVIII века. Только Петр I издает первые нормативно-правовые акты, регламентирующие оказание медицинских услуг военным, – от 30.03.1716 года «Воинский устав», затем от 24.12.1735 года «Генеральный регламент о госпиталях и о должностях, определенных при них Докторов и прочих Медицинского чина служителей, также Комиссаров, писарей, мастеровых, работных и прочих к оным подлежащих людей». При этом оказание

медицинской помощи гражданским лицам по-прежнему юридически урегулировано не было.

Основным нормативно-правовым актом, обеспечивающим порядок оказания медицинской помощи в XIX веке, стал Врачебный Устав 1857 года, подписанный Екатериной II. Он включал в себя три части: «Учреждения врачебные», «Устав медицинской полиции» и «Устав судебной медицины». Устав определял управление медицинскими учреждениями, регламентировал деятельность врачей. Осуществление контроля за оказанием медицинских услуг возлагалось на медицинскую полицию. В монографии А.М. Лушниковой, М.В. Лушниковой указано, что «формирование науки права социального обеспечения осуществлялось в начале в основном в рамках науки полицейского (административного) права и гражданского права, а затем с появлением страхования рабочих – в рамках зарождающейся науки трудового права» [19, с. 11].

Значительный перелом в управлении здравоохранением происходит с появлением земского самоуправления. Полномочия по охране здоровья населения переходят от государства к губерниям, так начинает формироваться региональная система здравоохранения.

Следующим шагом в развитии оказания медицинских услуг становится появление в конце XIX века фабричной медицины, которая, в свою очередь, и способствовала появлению системы обязательного медицинского страхования.

В 1866 году опубликовано постановление Комитета Министров «Об устройстве при фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений», в рамках которого основным требованием при создании предприятий являлось наличие больничных помещений с числом коек, зависящих от количества работников, из расчета 1 койка на 100 трудящихся. Данный нормативно-правовой акт свидетельствовал о возложении ответственности за здоровье рабочих на руководителей заводов и фабрик, с чем последние, особенно владельцы небольших предприятий, не были

согласны в связи с недостаточностью финансирования. Так, директор спичечной фабрики, на которую было трудоустроено 30 человек, заявлял, что организация больницы равносильно закрытию его заведения [10, с. 34].

В 1903 году изданы «Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». В них было закреплено, что владелец предприятия при прохождении сотрудником лечения должен возместить эти траты, если работнику не была оказана медицинская помощь на предприятии. Это был опыт нестрахового обеспечения медицинскими услугами рабочих.

В 1912 году Государственная Дума Российской империи III созыва приняла пакет «страховых» законов, в том числе «Об обеспечении рабочих на случай болезни». Эта система предусматривала выплаты рабочим в случае несчастных случаев на работе и временной нетрудоспособности из-за болезни. Новый закон определял, что оказание врачебной помощи предоставлялось за счет владельца предприятия, а денежные пособия выдавались больничными кассами. «Средства больничных касс включали в себя взносы участников (от 1 % до 3 % суммы заработка) и доплат владельцев (в размере 2/3 взносов участников кассы); дохода с имущества; пожертвований; денежных взысканий, налагаемых правлением больничных касс; пеней; случайных поступлений. Взносы с участников удерживались владельцем при уплате заработка и вносились им в больничную кассу в недельный срок (со дня удержания) одновременно с собственной приплатой» [1].

После принятия нового нормативно-правового акта об обязательном государственном страховании рабочих и служащих произошли значительные изменения, которые коснулись оказания медицинской помощи рабочим и их семьям. Документ обеспечил более надежные выплаты по сравнению с ситуацией в 1903 году. Теперь программа социального обеспечения включала выплаты по болезни, что ранее в Российской Федерации не практиковалось. Была установлена четкая система управления страхованием, что

способствовало более эффективной работе всей системы социальной защиты и страхования рабочих. Руководство социальным обеспечением населения осуществлялось представителями центральной и местной администраций (в Совете и Присутствиях по делам страхования). К 1916 году было уже 3189 больничных касс и примерно 2,5 млн. застрахованных рабочих.

Однако формирование страховой медицины вскоре подверглось жесткой критике со стороны руководителей государства. Их основным аргументом стало недостаточное обеспечение медицинскими услугами рабочих – медицинское страхование было развито только на крупных предприятиях.

Уже в 1918 году Советом народных комиссаров РСФСР был создан Народный комиссариат здравоохранения – центральный орган, осуществляющий руководство всем медико-санитарным делом. Первым народным комиссаром стал Н.А. Семашко, о котором содержится информация в первом параграфе диссертации. В 1919 году вся лечебная часть бывших больничных касс перешла в ведение Народного комиссариата здравоохранения. Началось строительство единой государственной системы здравоохранения – «советской медицины», где оказание медицинских услуг становится социальным обеспечением для граждан.

Однако в 1921 году в связи с приходом к новой экономической политике происходит возврат к социальному страхованию, что обуславливалось «ренессансом частного предпринимательства и частичной денационализацией промышленности» [36, с. 9]. В 1926 году было создано несколько Фондов медицинской помощи застрахованным, которые подчинялись органам здравоохранения. При этом В.Д. Роик считает, что в сложившейся системе отсутствовали страховые принципы и сама страховая модель была «упрощенной».

Спустя почти 10 лет страна снова берет курс на государственное централизованное управление медицинской помощью. Документов, регламентирующих порядки и стандарты оказания медицинской помощи, не

существовало, права граждан в сфере медицинских услуг также не были закреплены. Лишь в статье 120 Конституции СССР 1936 года [13, с. 13] и Конституции СССР 1937 года [16, с. 27] был закреплен бесплатный характер оказания медицинской помощи.

Фундаментальным законодательным актом, регулирующим организацию здравоохранения, стал закон СССР от 19.12.1969 № 4589-VII «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» [8, с. 466]. Статья 4 указанного закона раскрывала понятие «право на охрану здоровья»: «...это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан». Значительное внимание в документе уделялось профилактическим осмотрам взрослого и детского населения, а также диспансерному наблюдению в целях предупреждений заболеваний и развития осложнений при хронических заболеваниях. Впервые нормативно закреплялся территориально-участковый принцип оказания медицинской помощи по месту жительства или по месту работы. Фактически этот принцип использовался еще со времен земского здравоохранения, когда за каждым поселком закреплялся свой земский врачебный участок. Оказание медицинских услуг по месту работы выглядело несколько иначе, чем фабричная медицина. Оно было идентичным оказанию медицинских услуг по месту жительства, любой гражданин мог выбрать поликлинику для прикрепления по своему желанию, в связи с этим сохранялся принцип

непрерывности и этапности оказания медицинской помощи. Кроме того, в законе впервые оказание медицинских услуг устанавливалось в качестве одного из составляющих социального обеспечения, о чем свидетельствует статья 32, закрепляющая, что на период болезни граждане временно утрачивают трудоспособность, освобождаются от работы, при этом им выплачивается в утвержденном порядке денежное содержание по социальному страхованию.

Статья 42 Конституции СССР 1977 года [14, с. 617] устанавливала квалифицированную медицинскую помощь, которая оказывается бесплатно, как основную составляющую обеспечения прав населения на охрану здоровья.

Период с 1991 по 1999 годы – один из переломных моментов в истории нашего государства. Ухудшение экономической ситуации способствует снижению демографических показателей и росту смертности, недофинансирование медицинской отрасли отражается на качестве оказываемой медицинской помощи.

В июне 1991 года был принят закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [7, с. 920], благодаря которому произошел «переворот» в системе здравоохранения нашей страны – в первой статье нормативно-правового акта устанавливался переход от государственной модели оказания медицинской помощи к страховой.

В статье 1 закона закреплялось, что «медстрахование реализуется в двух видах: обязательное медицинское страхование – для всего населения страны, и добровольное медицинское страхование, которое предполагает обеспечение дополнительными медицинскими услугами за счет страховой компании» [7, с. 920]. За основу системы обязательного медицинского страхования была взята страховая модель Бисмарка, рассмотренная нами в первом параграфе диссертации. Переход к страховой системе здравоохранения был обусловлен несколькими причинами. Во-первых, в связи с проводимыми в стране реформами необходимо было вернуть качество оказываемой медицинской помощи на «советский» уровень. Во-вторых, в связи с переходом к рыночной

экономике особенно проявились проблемы финансирования здравоохранения, в том числе неоднократно фиксировалось расходование бюджетных средств на цели, не связанные с обеспечением медицинской помощи. Система здравоохранения, как и вся сфера социального обеспечения, нуждалась в стабильном, четком и управляемом распределении денежных потоков.

Реализация указанного выше закона подкреплялась постановлением Верховного Совета РСФСР от 28.06.1991 № 1500-1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [24, с. 921]. Согласно первому пункту постановления, закон вступал в силу с 1 января 1993 года, то есть спустя полтора года.

В 1993 году появляется еще один участник системы обязательного медицинского страхования. Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» [23, с. 642] был создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды в регионах, а также утверждены документы, регламентирующие их деятельность.

Таким образом, была окончательно сформирована система, позволяющая любому гражданину страны получить качественную и доступную медицинскую помощь бесплатно. Однако реализация страховой системы здравоохранения затянулась на несколько лет. На практике территориальные фонды были созданы в субъектах страны только к концу 1993 года и полноценно приступили к работе лишь в 1994 году. Во многих регионах страховые компании не осуществляли свою деятельность. Для того чтобы не нарушать права граждан, филиалам территориальных фондов обязательного медицинского страхования было разрешено самим на местах осуществлять страхование населения, что в какой-то мере идет вразрез с принципами страховой медицины и больше определяется как государственно-страховая система здравоохранения, чем социально-страховая. Это подтверждает наш

вывод, сделанный в первом подразделе, о смешении в России двух моделей системы здравоохранения.

Вызывали сомнение и низкие размеры страхового взноса в период становления системы обязательного медицинского страхования. Сначала они планировались на уровне 10,8 %-11,0 % от фонда оплаты труда, но фактически составляли только 3,6 % [2, с. 105].

Эти проблемы приводили к тому, что финансирование здравоохранения не только не улучшалось, а в какой-то мере сокращалось, потому что фонды обязательного медицинского страхования планировали собрать страховые взносы на определенную сумму, но недополучали ее из-за нестабильного финансового положения плательщиков.

В середине 90-х годов начинает развиваться частная медицина. Этому способствовало в том числе принятие Постановления Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» [28, с. 194]. Однако в связи с отсутствием стандартов и порядков оказания медицинской помощи, критериев оказания платных медицинских услуг качество оказываемой частными лечебными учреждениями помощи было неудовлетворительным, а порядок их оказания – бесконтрольным.

Анализ содержания научно-исследовательских работ ученых, а также нормативно-правовых актов позволяет говорить о том, что становление системы обязательного медицинского страхования в России продолжается. После проработки экономических вопросов, актуальной стала проблема определения объемов медицинской помощи, предоставляемых бесплатно. Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» [27, с. 183] был определен порядок планирования объемов медицинской помощи. Начали

разрабатываться территориальные программы государственных гарантий, в состав которых входили территориальные программы обязательного медицинского страхования. При этом субъекты страны самостоятельно определяли необходимый объем средств, что в итоге приводило иногда к многократной разнице в финансовом обеспечении одних и тех же объемов медицинской помощи.

Решением сложившейся ситуации послужило принятие Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [39, с. 642]. В статьях 35 и 36 закона была предусмотрена разработка двух программ – базовой программы обязательного медицинского страхования (основная часть программы государственных гарантий, действующая на территории всей страны) и территориальной программы обязательного медицинского страхования. В соответствии со статьей 36 закона разработкой территориальной программы обязательного медицинского страхования должна заниматься специально созданная комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. В ее состав входят представители территориального фонда, министерства здравоохранения региона, страховых компаний, лечебных учреждений, профсоюзных организаций работников здравоохранения.

Данный закон способствовал появлению у застрахованных в системе обязательного медицинского страхования лиц новых прав и обязанностей. Нормативно-правовой акт действует и в настоящее время, поэтому более подробно мы рассмотрим его в следующем разделе.

Таким образом, страховая модель здравоохранения активно начала развиваться в Российской Федерации в начале XX века. Начиная с 1993 года, система обязательного медицинского страхования претерпела значительные изменения, были преодолены кризисные моменты, что позволило ей совершенствоваться, выполняя свою главную задачу – обеспечение медицинской помощью каждого гражданина страны, вне зависимости от его

пола, социального положения, возраста или национальности. При этом исследователи и правоведы в научных трудах отмечают, что в период 1990-2000 годов «здравоохранение не могло динамически развиваться в условиях декларирования страховых принципов финансирования и сохранения устаревших форм организации деятельности медицинских учреждений, а также хронического недостатка всех видов ресурсов» [12, с. 41].

Анализ историко-правового аспекта позволил определить специфику развития медицинского страхования в России, что отразилось на ее правовом регулировании. В частности, предоставление территориальным фондам обязательного медицинского страхования в начале их функционирования права осуществлять страхование населения являлось по большей части признаком государственной системы здравоохранения и не соответствовало принципам страховой медицины.

Глава 2 Общая характеристика обязательного медицинского страхования в России

2.1 Основные принципы деятельности системы обязательного медицинского страхования

Анализ правового обеспечения реализации на территории Российской Федерации обязательного медицинского страхования необходимо начать с теоретического исследования содержания принципов деятельности системы медстрахования. Именно в понимании основных принципов заложена правовая база дальнейшего регулирования данного вида страхования. При проведении исследования также был проведен сравнительный анализ двух федеральных законов: Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования сформулированы в статье 4 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) [39]:

- обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу Российской Федерации медпомощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, утверждаемой Правительством субъектов России, и базовой программы обязательного медицинского страхования, утверждаемой Правительством РФ;
- устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;

- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными и региональными нормативно-правовыми актами;
- государственная гарантия соблюдения прав граждан Российской Федерации на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медпомощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Приведенные выше принципы определяют взаимоотношения субъектов в области системы обязательного медицинского страхования, поэтому анализ их практического значения играет важную роль в общей концепции правового обеспечения.

Из пункта 1 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ известно, что «медицинское страхование относится к социальному обеспечению населения и является видом социального страхования. В связи с этим принципы правового регулирования выстраиваются, исходя из специфики данной группы правоотношений, но при этом должны иметь свои специфические черты» [39, с. 11].

Первый принцип отражает основную идею системы обязательного медицинского страхования: застрахованному лицу гарантируется оказание бесплатных медицинских услуг в соответствии с объемами программ обязательного медицинского страхования. Это уникальное положение, характерное для системы медицинского страхования. Если сравнивать с

другими институтами социального обеспечения, например, социальным страхованием, то можно отметить, что для последнего характерно осуществление социальной выплаты при наступлении страхового случая.

Однако существует много споров среди экспертного сообщества относительно использования термина «страховой случай» в институтах социального обеспечения. Так, В.И. Серебровский считает, что страховой случай является тем событием, от последствий наступления которого заключалось страхование, и притом событием, уже наступившим. Ю.Б. Фогельсон считает, что страховой случай наступает, когда опасность уже возникла и вред ею уже причинен [42, с. 144].

Рассмотрим различие понятий «страховой случай» на примере разбора основных нормативно-правовых актов. Обязательное социальное страхование регулируется Федеральным законом «Об основах обязательного социального страхования» от 16.07.1999 № 165-ФЗ (далее – Федеральный закон № 165-ФЗ) [40]. В соответствии с пунктом 1 частью 1 статьи 7 Федерального закона № 165-ФЗ необходимость получения медицинской помощи отнесена к одному из видов социальных страховых рисков, а в соответствии с частью 1.1. заболевание отнесено к страховому случаю. Согласно части 2 статьи 8 Федерального закона № 165-ФЗ «оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи, является одним из видов страхового обеспечения» [40].

Однако в соответствии с пунктом 4 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ страховой случай – совершившееся событие (особо выделим, что сюда включены и профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, которое выражается в исполнении обязательств по предоставлению медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате.

Сопоставление одних и тех же понятий, содержащихся в двух вышеуказанных законах, показывает на их существенное различие. Так, в

Федеральном законе № 326-ФЗ к страховым случаям отнесено не только заболевание или травма, но и профилактические мероприятия, которые не соответствуют критериям социального страхового риска и страхового случая.

По итогам проведенного исследования можно сделать вывод, что второй и третий принципы практически идентичны принципам обязательного социального страхования, за исключением замены вида соцстрахования.

Содержание четвертого принципа также практически совпадает с содержанием соответствующего принципа обязательного социального страхования, в котором говорится об установлении госгарантии соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика. Вместе с тем существует различие, заключающееся в том, что, независимо от финансового положения страховщика, застрахованному лицу гарантируется медицинская помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования. А ведь первый принцип говорит о том, что обеспечение по обязательному медицинскому страхованию определяется не только в соответствии с базовой, но и территориальной программой обязательного медицинского страхования, которая может превышать ее по объему. Получается, что при финансовых проблемах страховщика застрахованному лицу обеспечение будет предоставлено в минимальном объеме. Такое положение вещей в системе обязательного медицинского страхования можно рассматривать как противоречащее общим принципам обязательного социального страхования, где подобных ограничений нет.

Пятый принцип можно отнести к принципам обеспечения по социальному страхованию, поскольку он содержит его характеристики. Принципом осуществления обязательного медицинского страхования является создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования. Существование данного принципа

детерминировано особенностями обеспечения по обязательному медицинскому страхованию. Точнее, это связано с тем, что для компенсации социального риска необходима не любая, а качественная и доступная медицинская помощь.

Но если принципы, посвященные устойчивости финансовой системы социального страхования и обязательности уплаты страховых взносов, характеризуются возможностью практического применения, то принцип о паритетности представительства субъектов и участников обязательного медицинского страхования в органах управления данной системы вряд ли можно реализовать.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона № 326-ФЗ субъектами обязательного медицинского страхования являются застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд, участниками – территориальные фонды, страховые медицинские компании, медицинские организации. Однако федеральный закон об обязательном медицинском страховании не указывает, кого из участников системы медстрахования можно считать органом управления в данной сфере, что в практическом применении порождает неопределенность [9].

Можно было бы предположить, что таковым выступают федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, точнее, их правления. Косвенно это подтверждается положениями пунктом 6 статьи 33 Федерального закона № 326-ФЗ, определяющими, что в состав правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования могут входить представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общероссийских объединений работодателей, общероссийских объединений профсоюзов и иных общественных объединений. При включении в состав правления федерального фонда представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления на паритетных началах.

Однако нельзя не увидеть и ряд несоответствий, которые опровергают высказанное ранее предположение. Во-первых, правление федерального фонда обязательного медицинского страхования является органом управления не всей системы обязательного медицинского страхования, а только самого федерального фонда обязательного медицинского страхования. Во-вторых, перечисленные выше организации, представители которых входят в правление федерального фонда обязательного медицинского страхования, не являются субъектами и участниками обязательного медицинского страхования. Интересно, что состав правления территориального фонда обязательного медицинского страхования, в отличие от федерального, законом не регламентирован.

На основании проведенного исследования принципов обязательного медицинского страхования можно отметить, что только 2 из 6 являются профильными, то есть специальными, остальные идентичны принципам соцстрахования. При этом не все они могут быть применены на практике. Некоторые терминологические определения принципов, которые отличают их от принципов социального страхования (например, о гарантиях представления страхового обеспечения только в минимальном объеме), также не дают полноценной возможности применить на практике принципы правового регулирования медицинского страхования [37].

Стоит отметить, что реализация указанных принципов невозможна без обеспечения взаимодействия всех субъектов (застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования) и участников обязательного медицинского страхования (территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские компании, медицинские организации).

2.2 Правовые основы реализации обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование реализуется на основании целой системы законодательства, в которую включаются базовые нормативно-правовые акты, специальное законодательство, непрофильные законы, содержащие правовые нормы, регулирующие отношения в сфере обязательного медицинского страхования, подзаконные акты и ведомственные документы, издаваемые органами исполнительной власти.

Для того чтобы определить возможность и направление совершенствования правового регулирования обязательного медицинского страхования, были отобраны нормативно-правовые документы, которые могут выступать предметом анализа в целях исследования правовых явлений.

К общему законодательству относится, прежде всего, Конституция Российской Федерации, содержащая императивные нормы права. Статья 41 закрепляет право каждого гражданина РФ на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь [15].

Во-вторых, процесс страхования в целом регламентируется Гражданским кодексом Российской Федерации, так как им определяется организационно-правовые формы и порядок создания предприятий, договорные правоотношения и т.д. Глава 48 ГК РФ «Страхование» закрепляет и определяет порядок ведения страхового дела в нашей стране [4].

К непрофильным нормативно-правовым актам можно отнести Налоговый кодекс Российской Федерации, который регулирует отношения, связанные с исчислением и уплатой (перечислением) страховых взносов в различные фонды, в том числе страховых взносов на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и определяет порядок уплаты налогов и сборов любых организаций. Специальный состав имеет норма ст. 294.1 Налогового кодекса РФ, которая содержит особенности определения доходов и расходов

страховых организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование [20].

К специальному законодательству относится Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который уже многократно упоминался нами в данном исследовании. Это основной закон, организующий деятельность системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Содержание положений данного нормативно-правового акта является инструментом практической реализации системы обязательного медицинского страхования на территории России. В статье 16 федерального закона четко определен весь перечень прав застрахованных в системе медстрахования лиц. Данные фундаментальные основы определяют содержательную часть организации здравоохранения.

Стоит отметить, что указанный закон регулирует не только медицинское страхование граждан Российской Федерации, но и определяет правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам, временно или постоянно проживающим на территории страны, лицам без гражданства, лицам, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

В настоящее время и система здравоохранения, и система обязательного медицинского страхования являются пациентоориентированными, в центре их внимания находится человек. В связи с этим все изменения, которые вносились в закон на протяжении 13 лет, в большей степени направлены на обеспечение реализации прав застрахованных лиц. Так, законодатель исключил право работодателя и органов государственной власти субъектов Российской Федерации на выбор страховых компаний, и оставил такое право только за застрахованными лицами (пункт 1 статьи 16 закона). Таким образом, отчисление страховых взносов из фонда оплаты труда – единственное, что требуется от работодателя.

Однако для застрахованных в системе медстрахования лиц законом предусмотрен широкий перечень прав, например, выбирать медицинскую организацию и страховую медицинскую организацию, осуществлять их замену в случае неудовлетворенности их работой. Стоит отметить, что страховые компании лишены возможности отказать гражданам в таком выборе, для лечебных учреждений предусмотрены строгие основания для отказа.

При этом медицинские организации по сути предоставляют одинаковые услуги для пациентов. Таким образом, застрахованному гражданину обеспечен выбор в целях удовлетворения его интересов в здравоохранении. В настоящее время некоторые специалисты отмечают, что реализация медстрахования предоставляет возможность получать медицинскую помощь в лучших лечебно-профилактических учреждениях на территории всей страны, вне зависимости от субъекта страхования.

Закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовые положения субъектов и участников обязательного медицинского страхования, закрепляет их права и обязанности, механизм взаимодействия, финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, в том числе уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, а также определяет ответственность, связанную с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, и гарантирует контроль за деятельностью всех субъектов обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не может быть реализован без своего «правового спутника» – Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [41].

Данный закон позволяет сформировать современную и эффективную систему российского здравоохранения. На первое место поставлен принцип соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий. Полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, ранее возложенные на органы местного самоуправления, закрепляются за органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Часть 1 статьи 19 указанного закона закрепляет право каждого на медицинскую помощь. Часть 2 указанной статьи конкретизирует объем права на бесплатную медицинскую помощь – объем, предусмотренный программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая в соответствии с частью 4 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации.

Законом определяются важные понятия, являющиеся фундаментальными при оказании медицинской помощи. Виды медицинской помощи непосредственно перечислены в части 2 статьи 32 закона. К ним относятся: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медпомощь. В части 3 статьи 32 определены условия оказания медицинских услуг: вне медицинской организации; амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно.

Согласно части 2 статьи 18 закона право на охрану здоровья обеспечивается различными способами, в том числе охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, оказанием доступной и качественной медпомощи и т.д. Единственное общее всех упомянутых способов обеспечения права на охрану здоровья – это их цель, а именно – профилактика заболеваний, сохранение и укрепление физического и

психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни.

Таким образом, к праву на охрану здоровья относят оказание своевременных доступных и качественных медицинских услуг. В соответствии с нормативно-правовыми актами гражданин России, который наделен правом на охрану здоровья, автоматически обладает правом на предоставление со стороны государства доступной и качественной медицинской помощи. Именно это положение и содержится в первом принципе осуществления на территории Российской Федерации обязательного медицинского страхования, указанном в статье 4 Федерального закона № 326-ФЗ.

Федеральными органами исполнительной власти разрабатывают свои нормативно-правовые акты, содержание которых должно раскрывать отдельные положения федерального законодательства и в тоже время не противоречить ему. Особую роль в организации обязательного медицинского страхования с правовой точки зрения занимают Правила обязательного медицинского страхования, которые утверждены Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее – правила обязательного медицинского страхования) [32].

Правила обязательного медицинского страхования устанавливают:

- порядок подачи заявления о выборе или замене страховой компании застрахованным лицом;
- единые требования к полису обязательного медицинского страхования;
- порядок выдачи полиса либо временного свидетельства застрахованному лицу;
- порядок ведения реестра страховых компаний, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;
- порядок ведения реестра лечебных учреждений, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

- порядок оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию и др.

В правилах обязательного медицинского страхования подробно прописаны процедуры по работе с полисом обязательного медицинского страхования всех субъектов и участников обязательного медицинского страхования. Впервые регламентирован порядок подачи заявлений о выдаче полиса, замене страховой компании посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (Госуслуги). В разделе XII Правил «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» больше внимание уделено клинико-статистическим группам. Однако по-прежнему актуальным является расхождение предлагаемой методики формирования тарифов по КСГ (на основе базовой ставки исходя из имеющихся ресурсов) с методикой расчетов, предусмотренной Правилами (на основе затрат на оказание медицинской помощи). В документе указаны требования к комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования: теперь она должна разрабатывать и устанавливать показатели эффективности деятельности медицинских организаций, согласно которым будет проводиться оценка возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи.

Важными для реализации системы обязательного медицинского страхования являются приказы, регламентирующие оказание определенных видов медицинской помощи и по своей сути дополняющие Федеральный закон № 323-ФЗ:

- приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», который регулирует взаимоотношения между субъектами системы обязательного медстрахования при предоставлении взрослому населению России первичной медико-санитарной помощи на территории страны, а также

устанавливает правила оказания помощи в ФАП, амбулаториях, поликлиниках [31];

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», регулирующий правоотношения между участниками системы обязательного медицинского страхования в части организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в лечебных учреждениях на территории России в условиях дневного и круглосуточного стационара [34].

Государство, закрепляя право на медицинскую помощь, установило его гарантированные объемы, закрепив их в программах государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (базовой и территориальной), которые включают в том числе программы обязательного медицинского страхования (базовая и территориальная соответственно). Указанный в них перечень медицинских услуг гарантированно будет предоставлен гражданам России бесплатно. Программы обязательного медицинского страхования устанавливают виды, формы и условия предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно. На основе базовой программы медстрахования разрабатываются и утверждаются территориальные программы медицинского страхования, которые также содержат наименование медицинских услуг, гарантированных жителю определенного субъекта с учетом климатических, географических особенностей региона и логистической доступности лечебных учреждений.

Базовая программа обязательного медицинского страхования является частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая утверждается постановлением Правительства РФ на определенный календарный год. В рамках своего исследования мы будем рассматривать два постановления Правительства РФ:

от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [29], от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [30].

Региональное законодательство в области обязательного медицинского страхования направлено на учет особенностей каждой территории. Однако часто возникают общие проблемы при формировании таких правовых актов, которые не всегда соответствуют общей системе законодательства. Применение системного подхода при разработке региональных законов становится все более популярным среди специалистов, поскольку это помогает преодолеть возможные конфликты с федеральными нормами законодательства и укрепить правопорядок.

Важными элементами регионального правового регулирования обязательного медицинского страхования являются территориальные программы обязательного медицинского страхования. Согласно пункту 9 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ территориальная программа обязательного медицинского страхования является составной частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, разрабатываемой и утверждаемой в субъекте Федерации в установленном Правительством РФ порядке. Территориальная программа обязательного медицинского страхования определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта страны и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

В рамках исследования нами были проанализированы следующие нормативно-правовые акты: постановление Правительства Оренбургской области от 29.12.2021 № 1314-пп «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на

территории Оренбургской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [26], постановление Правительства Оренбургской области от 27.12.2022 № 1478-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [25].

Отношения между субъектами медицинского страхования могут быть регулированы как нормативными актами, так и договорами.

Международные договоры РФ, наряду с общепризнанными принципами и нормами международного права, являются составной частью правовой системы РФ. Они играют ключевую роль в обеспечении функционирования правового государства и являются основой для урегулирования различных аспектов международного сотрудничества и взаимодействия.

В настоящее время действует ряд соглашений о медицинском страховании граждан государств-участников Содружества Независимых Государств, временно находящихся в России. Например, с 1 января 2015 года вступил в силу Договор о Евразийском экономическом союзе (далее – Договор), подписанный в г. Астане 29.05.2014 года [5]. Участниками договора являются Российская Федерация, Республика Беларусь, Республика Казахстан, Республика Армения и Кыргызская Республика. В соответствии со статьей 98 Договора, право трудящихся государств-членов и членов семей на получение скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) и иной медицинской помощи регулируется в порядке согласно приложению № 30, а также законодательством государства-трудоустройства и международными договорами, участником которых оно является.

Указанные нормативно-правовые акты и международные договоры являются основными источниками правового обеспечения реализации в России системы медстрахования. Законодательное поле позволяет медицинским учреждениям оказывать помощь гражданам бесплатно вне зависимости от источников финансирования данного социального обеспечения. Таким образом, данная система обеспечивает доступность и качество медпомощи

независимо от источника финансирования, что способствует более эффективной работе системы здравоохранения.

Среди элементов права на бесплатную медицинскую помощь выделены статические (не изменяющиеся) и динамические (изменение которых возможно) элементы.

К первым (статическим) относятся сами характеристики права на бесплатную медицинскую помощь как права человека, например, бесплатность, что «обеспечивает гражданам равные возможности получить необходимое лечение независимо от своего материального положения, а также равное и единое содержание права на бесплатную медицинскую помощь для каждого человека» [9]. Это означает, что право на медуслуги должно быть реализовано одинаково для всех, без дискриминации по различным признакам. Обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи для всех граждан способствует созданию справедливого государства и эффективного здравоохранения.

Ко вторым (динамическим) относится сам объем права на медицинскую помощь, изменение которого возможно путем внесения изменений в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо в специальное законодательство.

В результате создана целая структура федеральных и региональных нормативно правовых актов, некоторые из них зачастую вступают в противоречие друг с другом и создают юридическую коллизию. Некоторые примеры подобных коллизий мы рассмотрим в следующем разделе.

Глава 3 Правовой анализ состояния обязательного медицинского страхования в России

3.1 Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования

Государство, устанавливая обязательное медицинское страхование на территории России, берет на себя ответственность за обеспечение доступа к медицинским услугам для граждан. Это позволяет обеспечить бесплатную медицинскую помощь в основном за счет страховых взносов, которые платят правительства региона, работодатели и др. Внесение изменений в различные нормативно-правовые акты породило на практике ситуации, при которых медицинские услуги в рамках обязательного медицинского страхования оказываются не только в соответствии с наступлением страховых случаев, но и при оказании медуслуг с профилактической целью, например, при диспансеризации, которая не соотносится со страховым критерием.

Наличие большого количества нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность субъектов и участников обязательного медицинского страхования, приводят к расхождениям в реализации полномочий территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний, медицинских организаций. Но прежде всего заложниками данных ситуаций являются застрахованные лица, которые вынуждены на себе «ощутить» юридические коллизии.

Нами приведен пример о противоречии, возникшем в статье 4 Федерального закона № 326-ФЗ, которая закрепляет фундамент обязательного медицинского страхования – основные принципы его осуществления. Часть 1 статьи 4 обеспечивает гарантии бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования, а часть 4 статьи 4 – гарантии соблюдения прав

застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. В связи с этим по данным положениям закона не удастся с точностью установить, на какую конкретно медицинскую помощь застрахованному стоит рассчитывать? Необходимо искать дополнительные подзаконные акты, чтобы найти решение данного вопроса. Эта двусмысленность негативно отражается на социальной обстановке в обществе, так как согласно проведенному Финансовым университетом при Правительстве РФ мониторингу качества жизни населения за 2022 год здравоохранение считают основной проблемой в своем субъекте около 18% населения страны.

В исследовании, проведенном в разделе 3 магистерской диссертации, мы рассмотрели основные юридические коллизии, связанные с обеспечением доступности медицинской помощи.

Согласно данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования Оренбургской области, размещенным на сайте фонда www.orenfoms.ru, из 179 обоснованных жалоб граждан, поступивших в страховые компании и территориальный фонд в 2023 году, 70 % касались качества медицинской помощи, 9 % – взимания средств за медицинскую помощь, включенную в программу обязательного медицинского страхования, 7 % – отказов прикрепления к медицинской организации, 7 % – отказов в оказании медицинской помощи, включенной в программу обязательного медицинского страхования.

Если первые две темы обращений зависят, прежде всего, от работы конкретных медицинских учреждений, то отказ в прикреплении к лечебному учреждению и отказ в оказании медицинских услуг носят системный характер и нуждаются в подробном изучении с точки зрения правового регулирования.

На наш взгляд, прикрепление населения к медицинской организации – один из актуальных вопросов, нуждающихся в дополнительной правовой проработке. В связи со значительной миграцией населения внутри

муниципальных образований, популярностью работы вахтовым методом значительно увеличилось количество запросов от населения о прикреплении к медицинской организации не по месту проживания/регистрации.

Рассмотрим вначале особенности правового регулирования одного из основных прав граждан – права на выбор медицинской организации. Эта тема является одной из основных причин споров между пациентами и представителями медицинской организации. В настоящее время граждане, желающие прикрепиться к медицинской организации не по месту своего проживания, в большинстве случаев сталкиваются с отказами лечебного учреждения в прикреплении.

В соответствии с пунктом 3 статьи 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, среди прочего, возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

Согласно пункту 1 части 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ пациент имеет право на выбор врача и выбор медицинской организации.

Частью 1 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ установлено, что при оказании гражданину медпомощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинских услуг он имеет право на выбор лечебного учреждения в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия медработника.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н утвержден Порядок выбора гражданином лечебного учреждения при оказании ему медицинской помощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам услуг в сфере здравоохранения.

Данный Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации для оказания медицинской помощи в

рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.

Однако, в случае выбора гражданином для оказания ему первичной медико-санитарной помощи в больнице не по месту проживания, он может столкнуться с отказом в предоставлении медицинских услуг, например, при вызове врача на дом. Так, в настоящее время действует Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, в соответствии с пунктом 12 которого первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Кроме того, пунктом 18 указанного Положения определяет рекомендуемую численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала, которая, например, на терапевтическом участке составляет 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, – 1300 человек взрослого населения). Кроме того, пункт 15 данного Положения определяет, что в целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной пунктом 18 Положения.

Таким образом, гарантированное государством право на доступное лечение нарушается, при этом действующее законодательство при решении данных вопросов может трактоваться по-разному.

Так, 17 июня 2022 года Тушинский районный суд г. Москвы, рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело № 2-3207/2022 по иску

гражданки Т.Е., действующей в интересах несовершеннолетней Т.С., к ГБУЗ «Городская поликлиника № 219» Департамента здравоохранения Москвы о признании незаконным отказа в прикреплении к поликлинике, обязанности совершить определенные действия, компенсации морального вреда, отказал в удовлетворении исковых требований. В качестве основания своего решения суд определил, что количество прикрепленного населения для медицинского обслуживания в указанном медучреждении превышает норматив на каждую ставку врача педиатра-участкового, при этом оказание медуслуг в системе обязательного медицинского страхования в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медпомощи гражданам обеспечивает не только объем медицинских услуг, но и сроки их исполнения, возможность выбора медицинского учреждения и медицинского работника (врача), предусмотренная действующим законодательством, не является безусловной свободой граждан на выбор медучреждения, а выступает одной из мер для граждан в целях обеспечения доступности и качества медпомощи.

В другом случае суд также признал правомерным отказ медицинской организации в прикреплении пациента, но уже на другом основании – гражданин не представил документы, подтверждающие смену места жительства и необходимость прикрепления к другому лечебному учреждению, хотя ни закон, ни ведомственные нормативно-правовые акты не закрепляют такой обязанности за пациентом.

Гражданка В.М. обратилась в суд с иском к ГБУЗ КО «Светлогорская ЦПР», сообщив, в ноябре 2019 года она обратилась в лечебное учреждение с целью прикрепления, поскольку долгое время проживает в новом районе. Больница отказала в прикреплении, мотивировав отсутствием у нее права на прикрепление к выбранной медицинской организации. Светлогорский городской суд, рассмотрев гражданское дело № 2-390/2020 решил отказать в удовлетворении иска о признании незаконным отказа в прикреплении к медицинской организации для медицинского обслуживания, поскольку документов, подтверждающих факт изменения места жительства В.М. к

заявлению приложено не было, оснований для прикрепления ее к ГБУЗ КО «Светлогорская ЦПР» в связи с изменением места жительства также не имелось.

При этом на сайте Приволжской транспортной прокуратуры 17 апреля 2023 года размещена новость: «Сызранской транспортной прокуратурой восстановлены права жительницы г. Сызрань в сфере здравоохранения».

В статье сообщалось, что должностными лицами поликлиники необоснованно отказано жительнице г. Сызрань в прикреплении к медицинской организации.

Прокуратура посчитала, что отказ по какому-либо формальному признаку, как-то: загруженность врачей или дефицит медицинского персонала, проживание пациента на иной незакрепленной за медицинской организации территории и т.п., не допустим.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования, обязана предоставить каждому гражданину РФ, застрахованному в системе медстрахования, право на выбор лечебного учреждения.

В этой связи Сызранским транспортным прокурором руководителю ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» внесено представление. Благодаря мерам прокурорского реагирования восстановлены права застрахованного лица на выбор медицинской организации. Жительница г. Сызрань будет получать медицинские услуги в выбранной поликлинике.

Если обратиться к судебной практике, то можно отметить, что суды и ранее выносили противоречивые решения. Так, в апелляционном определении Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 15.09.2015 № АПЛ15-354 выносится решение об отказе в удовлетворении апелляционной жалобы К.А.Н., действующей в своих интересах и интересах несовершеннолетней дочери К.А.А., на отказ в прикреплении ГБУЗ «Воронежская городская клиническая больница № 11». При этом решением Зеленоградского суда

г. Москвы от 11.02.2014 г. № М-3229/2013 в аналогичной ситуации признается незаконным отказ ГБУЗ города Москвы «Городская поликлиника № 201 Департамента здравоохранения города Москвы» в прикреплении гражданина З. к данному медицинскому учреждению для получения медицинской помощи. По причине загруженности врачей решением Второго кассационного суда общей юрисдикции от 14.07.2020 № 8Г-12177/2020 отказано в прикреплении пациентки из Москвы. При рекомендуемой численности прикрепленного населения на терапевтическом участке 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше по факту средняя нагрузка на специалистов ГБУЗ «Городская поликлиника № Департамента здравоохранения <адрес>» составляла 2418 человек на одном участке, что больше установленного значения почти на 50%. Поскольку количество прикрепленного населения для медицинского обслуживания в указанном медицинском учреждении превышает норматив, а право истца на приращение к медучреждению по месту жительства (пребывания) нарушено не было, суд принял решение об отказе в удовлетворении иска.

Причина неоднозначного трактования закона – суды определяют возможность выбора медицинской организации и врача, предусмотренную действующим законодательством, не как безусловную свободу граждан на выбор медицинского учреждения, а в качестве одной из мер обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

Таким образом, отсутствие четкого законодательного регулирования указанного вопроса приводит к различным трактованиям действующего законодательства и в целом нарушает права граждан на гарантированную доступную медицинскую помощь.

Далее рассмотрим правовое регулирование оказания помощи в плановой форме за пределами субъекта, в котором гражданину выдан полис обязательного медицинского страхования.

Ни Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ни Федеральный закон № 323-ФЗ «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не регламентируют порядок оказания первичной медико-санитарной и специализированной медпомощи за пределами территории страхования.

В статье 21 Закона № 323-ФЗ указано, что предоставление первичной специализированной медико-санитарной помощи производится по направлению врача-терапевта, врача-педиатра или в случае обращения гражданина в медорганизацию по собственной инициативе, в том числе в организацию, выбранную им на основании части 2 настоящей статьи.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» закрепляет, что такая помощь предоставляется по месту жительства (пребывания) человека по направлению специалистов, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в поликлинику. Стоит обратить внимание на то, что в приказе не уточняется – должно ли быть выдано направление именно лечебным учреждением, выбранным гражданином в соответствии с действующим законодательством.

Таким образом, указанные правовые нормы дают гражданину, находящемуся за территорией субъекта страхования, свободу выбора – он может прикрепиться для получения первичной медико-санитарной помощи к медорганизации или обратиться в любое лечебное учреждение без прикрепления к нему.

Более значительные расхождения в нормативно-правовых актах имеются в части обеспечения прав граждан на оказание специализированной медицинской помощи за территорией страхования.

Статья 21 Закона № 323-ФЗ указывает, что для получения плановой специализированной помощи выбор лечебного учреждения осуществляется по направлению лечащего врача. Но закон не регламентирует, что лечащим

врачом является специалист именно той организации, к которой осуществил прикрепление пациент.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» [34] также устанавливает, что для получения плановой специализированной медпомощи необходимо направление лечащего врача.

Однако в приказе Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему помощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи» [35] закреплено, что выбор лечебного учреждения при оказании плановой специализированной помощи осуществляется по направлению, оформленному врачом выбранной гражданином поликлиники, принявшей заявление. Остается неясным, почему правовая норма о выдаче направления именно медорганизацией, к которой осуществил прикрепление пациент, регулируется данным нормативно-правовым актом, а не федеральным законом или приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 г. № 796н, регламентирующим порядок оказания специализированной помощи.

Возникшая юридическая коллизия вызывает вопросы между субъектами и участниками системы обязательного медицинского страхования, приводящие к судебным разбирательствам.

Прежде всего, споры возникали между территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов РФ при выполнении межтерриториальных расчетов за оказанную медпомощь. Некоторые территориальные фонды отказывали в оплате медицинских услуг, оказанных за территорией страхования без направления, выданного в лечебном учреждении по месту прикрепления. В частности, не оплачивались счета за

специализированную медицинскую помощь, оказанную в медицинской организации, врачи которой и выдали соответствующее направление, но при этом пациент не был к ней прикреплен.

Аргументами территориальных фондов, защищающих право на оказание медицинской помощи в сложившейся условиях, являлись, во-первых, положение Закона № 326-ФЗ, регламентирующего, что выбор медицинской организации – это право пациента, а не его обязанность. Во-вторых, фонды отмечали, что ни в одном из основополагающих документов РФ, регулирующих конституционные права гражданина и правоотношения в системе обязательного медицинского страхования, нет отсылки на возможность утраты гражданином своего права на бесплатную медицинскую помощь по причине отсутствия у него документа, утверждаемого ведомственными приказами. В данном случае речь идет о направлении лечащего врача. В-третьих, согласно пункту 7 раздела II письма Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 г. № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» [21], оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, без прикрепления к медицинским организациям. Таким образом, указанное письмо противоречит приказу этого же ведомства от 21.12.2012 г. № 1342н.

В связи с распространением в 2020-2021 годах новой коронавирусной инфекции COVID-19 и возросшим количеством случаев оказания помощи за пределами территории страхования граждан ситуация усложнилась и требовала регламентации.

В сентябре 2021 года на сайте ТФОМС Московской области было размещено письмо Федерального фонда обязательного медицинского

страхования от 08.09.2021 № 00-10-30-2-06/5050 «О порядке оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме» [22], в котором фонд обозначил свою позицию по данному вопросу. В частности, указано, что для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной помощи в рамках обязательного медицинского страхования гражданин обязан выбрать лечебное учреждение для получения первичной медико-санитарной помощи, а оказание плановой специализированной помощи осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники, к которой гражданин прикреплен. Однако это противоречит статье 21 Закона № 323-ФЗ, устанавливающей, что первичная медико-санитарная помощь оказывается «...в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им...».

Выводы судов различных инстанций показывали различную трактовку законодательства при решении этого вопроса (Определение Девятого кассационного суда общей юрисдикции от 19.12.2019 г. № 88-682/2019, решение Арбитражного суда Московской области от 28.05.2021 г. по делу № А41-83071/2020, Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 02.07.2021 г. № Ф06-4285/2021 по делу № А55-18333/2020 и др.)

Правовым решением данной проблемы стало определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 20.07.2022 г. № 305-ЭС22-1518. Судьи сделали вывод о необходимости выдачи направления именно лечащим врачом лечебного учреждения, к которому прикреплен пациент. Они отметили, что нужно учитывать не только интересы пациента, но и планирование и распределение финансирования в рамках системы обязательного медицинского страхования. Кроме того, лечащим врачом следует считать врача поликлиники, к которой осуществил прикрепление гражданин и где он продолжительное время находится на обслуживании, поскольку только этот специалист в процессе наблюдения за пациентом имеет наиболее объективное представление о состоянии его

здоровья и имеет точные данные о показаниях застрахованного лица к получению специализированной помощи.

Таким образом, порядок выдачи направления был регламентирован решением Коллегии Верховного Суда РФ, а нижестоящие суды должны учитывать данную позицию при вынесении своих решений. Однако, поскольку в России формально прецедент не признается источником права, на наш взгляд, необходимо внести данную норму в Закон № 323-ФЗ, чтобы законодательно установить необходимость оформления направления на оказание специализированной медпомощи именно врачом медорганизации, к которой прикреплен пациент, по аналогии с закрепленными условиями получения первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем стоит отметить, что закрепление данной нормы может рассматриваться как ограничение конституционных прав на бесплатную медпомощь.

Еще одна тема, которая является предметом дискуссии всех участников системы обязательного медицинского страхования – заполнение информированного добровольного согласия.

Информированному добровольному согласию уделено внимание в статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Документом устанавливается, что «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи» [41].

Указанной статьей также закрепляется, что порядок подачи информированного добровольного согласия и его форма утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приказом Минздрава России от 12.11.2021 г. № 1051н утверждены порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства [33].

Стоит при этом отметить, что форма не предполагает подробного описания вмешательства, которое описано в статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, она содержит следующую фразу: «в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень...».

Таким образом, нормативно-правовым актом предполагается, что указанное разъяснение проводится в устной форме, что при реализации права пациентов может стать причиной судебных споров. Особенно часто это становится причиной конфликта при лечении онкологических заболеваний, когда пациентам в должной мере не предоставляют информацию о подробностях лечения и возможных побочных реакциях, от которых зачастую зависит жизнь человека.

Кроме того, при изучении формы согласия становится известно, что оно утверждено только для получения первичной медико-санитарной помощи, о чем в самом тексте приказа Минздрава РФ ничего не сказано. Кроме того, становится неясным, какая форма согласия предусматривается для оказания стационарной помощи.

Судебная практика по вопросам, касающимся нарушений в сфере надлежащего оформления информированных добровольных согласий, разделяется на две категории:

- споры между территориальными фондами обязательного медицинского страхования, страховыми организациями;
- дела о причинении вреда жизни и здоровью гражданам и взыскании в связи с этим убытков и морального вреда.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые организации при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в обязательном порядке изучают наличие информированного добровольного согласия в медицинской документации и его содержание, штрафуют за его отсутствие и некорректное заполнение. При этом медицинские организации подают претензии на результаты контрольно-экспертных мероприятий, которые основываются на том, что, во-первых, нет утвержденной формы согласия на оказание медпомощи в стационарных условиях, во-вторых, в законе не указано, должен ли один пациент заполнять информированное добровольное согласие на каждое медицинское вмешательство или должен заполнить одно на все.

Хабаровская районная больница подала иск к Хабаровскому краевому фонду обязательного медицинского страхования о возврате сумм финансовых санкций, взысканных на основании акта медико-экономической экспертизы. Этот акт указывал на отсутствие в первичной медицинской документации лечебного учреждения информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство. Как отмечало учреждение здравоохранения, соответствующие информированные добровольные согласия имеются в наличии в медицинских документах, а неуказание определенных сведений о виде медицинского вмешательства в согласии не является основанием для признания его отсутствующим. Однако суды посчитали по-другому, что было подтверждено определением Верховного Суда РФ от 05.08.2019 № 303-ЭС19-11529 по делу № А73-10416/2018.

Арбитражный суд Северо-Западного округа рассмотрел в мае 2023 года дело № А66-11207/2020. Страховая компания выявила нарушения при

экспертизе медпомощи в региональном онкоцентре – все пациенты подписывали одинаковые бланки информированных согласий.

Кассация пришла к следующим выводам:

- врач должен информировать пациента о лекарстве, ожидаемой эффективности терапии, степени риска и др.;
- медорганизация не отражала в согласии конкретную схему терапии и информировала пациента о возможных осложнениях при всех видах онкологии, без учета конкретного диагноза пациента.

Кроме того, информационное добровольное согласие становится частой причиной судебных споров между медицинской организацией и пациентом. Гражданин, не удовлетворенный оказанием ему медицинской помощи, обращается в суд, ссылаясь на то, что определенное медицинское вмешательство было проведено без его согласия, он об этом не был проинформирован.

Так, гражданка И. подала в Центральный суд г. Сочи иск к стоматологической клинике. Она ходатайствовала о возмещении убытков и компенсации морального вреда, которые ей причинило лечебное учреждение в связи с некачественно оказанными медуслугами. В своем решении по делу № 2-43/2020 от 03.07.2020 суд удовлетворил иск, аргументируя свою позицию в том числе отсутствием оформленного информированного согласия на медицинское вмешательство. Центральный суд г. Сочи отклонил довод стоматологической клиники, согласно которому гражданка И. подписала согласие на обработку персональных данных, а следовательно, была согласна с проводимым лечением. Судья разъяснил, что подписанное согласие не освобождает учреждение здравоохранения от обязанности оформлять информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Есть еще один интересный пример из судебной практики, связанный с отказом пациента в заполнении информированного добровольного согласия.

Псковский городской суд рассмотрел дело об отказе гражданину, застрахованному в системе обязательного медицинского страхования, в

оказании плановой помощи. Истец утверждал, что в лечебном учреждении ему предложили подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. Он отказался это сделать в связи с тем, что форма согласия разработана непосредственно медицинской организацией, а не главным органом управления здравоохранением – Минздравом РФ. Больница, в свою очередь, без подписания указанного согласия отказалась оказывать ему медицинскую помощь, в связи с чем истец обратился в суд.

Суд установил, что форма документа – информированного добровольного согласия – утверждена приказом главного врача учреждения здравоохранения. Территориальный орган Росздравнадзора признал это допустимым. Суд также счел доводы территориального органа Росздравнадзора об отсутствии противоречия составленной формы согласия нормам действующего законодательства и законности подписания данного документа. В итоге истцу было отказано в удовлетворении иска. Суд подтвердил тем самым, что отказ медицинской организации в оказании медпомощи обоснован в случае отказа пациента подписывать информированное добровольное согласие.

В данном контексте решение суда подчеркивает необходимость тщательной разработки форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство со стороны медицинских организаций. Если конкретный вид медицинского вмешательства не был предусмотрен приказами Минздрава Российской Федерации, то лечебное учреждение обязано самостоятельно разработать соответствующие формы согласий.

Для этого необходимо уделить должное внимание соблюдению всех требований действующего законодательства и утвердить разработанные формы локальным нормативным актом, например, приказом главного врача. Таким образом, утвержденная форма информированного добровольного согласия является законной и может быть использована. Этот подход способствует обеспечению законности и прозрачности медицинской практики, а также защите прав и пациентов, и медицинских работников.

Однако, возникает вопрос – не противоречит ли данное решение суда реализации праву гражданина на оказание бесплатной медпомощи. Очевиден вывод, что, если бы форма и содержание информированного добровольного согласия были утверждены федеральным законом, то такой ситуации не возникло бы.

Можно сделать вывод о том, что проблема информированного добровольного согласия достигла такой степени важности, что должна быть осмыслена в категориях права. Это можно сделать путем внесения поправок в уже имеющиеся документы или разработать специальный порядок, которая носила бы обязывающий характер.

3.2 Совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании

Установленное в статье 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право на выбор врача и право на выбор медицинской организации являются одними из проблемных вопросов, касающихся прав граждан при обращении за медицинской помощью. В настоящее время сложилась ситуация, когда с одной стороны, пациенты желают знать о своих правах и хотят ими пользоваться всесторонне, а с другой стороны, отсутствует единый подход со стороны медицинских организаций к их реализации. Таким образом, закрепленные в статье 4 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» принципы осуществления обязательного медицинского страхования не всегда работают. При этом территориальные фонды и страховые медицинские организации, определенные законом для защиты прав граждан, не могут отстоять их права ввиду несовершенства действующего законодательства. Получается, что на сегодняшний день существуют проблемы, которые не позволяют гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования в полной

мере пользоваться всеми предписанными законом об обязательном медицинском страховании правами и реализовывать их при получении медицинской помощи.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что система обязательного медицинского страхования должна развиваться, подстраиваться под происходящие в стране и мире изменения, а также отвечать запросам общества.

Деятельность системы должна быть встроена четко и прозрачно – чтобы застрахованные граждане в полной мере обладали информацией о своих правах и обязанностях и понимали, какие действия они вправе совершить.

В связи со сложной политической и общественной обстановкой в мире создание в России проблем социального характера недопустимо. А ведь здоровье – самое ценное, что есть у человека, поэтому организация оказания медицинской помощи должна постоянно пересматриваться и улучшаться, а для этого необходимо своевременно вносить изменения в нормативно-правовые акты.

На основании анализа вопросов, рассмотренных автором исследования в подразделе 3.1, предлагается следующее совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании.

1. Внести изменения в статью 4 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Из пункта 1 убрать «при наступлении страхового случая», поскольку в настоящее время это понятие не отражает полный объем оказываемой медпомощи, которая сейчас оказывается в том числе с профилактической целью, а та, в свою очередь, страховым случаем не является. Поскольку в этом году правительство России организует широкую деятельность по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения, количество случаев оказания профилактической помощи будет составлять до 40% всей медицинской помощи, оказываемой в

амбулаторно-поликлиническом звене. При этом застрахованные лица, пришедшие на профилактические мероприятия, которые включены в базовую и территориальные программы обязательного медицинского страхования, должны быть уверены в защите своих прав.

Кроме того, предлагаем дополнить пункт 1 словами: в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории субъекта страхования застрахованного лица и базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации (далее также – программы обязательного медицинского страхования), так как бесплатное оказание медицинской помощи гражданам Российской Федерации за пределами территории их страхования проводится в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Также считаем, что пункт 4 необходимо привести в соответствие с пунктом 1 и указать возможность соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию независимо от финансового положения страховщика не только в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, но и в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, что защитит права граждан на доступную и качественную медпомощь.

2. Праву на выбор врача и праву на выбор медицинской организации посвящена статья 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Часть 1 указанной статьи устанавливает, что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

Считаем требование о согласии врача необоснованным. Право на выбор врача реализуется в рамках программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Прямые договорные отношения между врачом и пациентом не возникают. Специалисты осуществляют деятельность в лечебных учреждениях в рамках трудовых с работодателем – главным врачом. Поэтому какие-либо правовые основания для получения согласия врача для лечения гражданина отсутствуют [38].

В связи с этим необходимо исключить из конструкции указанного права указание на необходимость получения согласия врача на выбор пациента. Первое предложение части 1 статьи 21 предлагаем изложить в следующей редакции: «При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гражданин имеет право на выбор медицинской организации и на выбор врача в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

3. Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Но, в случае выбора гражданином для оказания ему первичной медико-санитарной помощи медицинского учреждения не по территориально-участковому принципу, застрахованное лицо зачастую сталкивается с отказом в прикреплении в связи с переполненностью участков, что напрямую нарушает права человека на доступность медицинской помощи.

Очевидно, что для решения существующих проблем необходимо использовать возможности государства для корректировки объема и способа реализации данного права. Особенно актуальна проблема выбора лечебного учреждения для тех граждан страны, которых проживают в недавно построенных новых пригородных районах и жилых комплексах. В соответствии с административно-территориальным устройством их место жительства относится к городскому муниципальному образованию, а

фактически они являются жителями другой административно-территориальной единицы. Как результат – возникновение ситуаций, когда соседи, проживающие в домах рядом, относятся к разным учреждениям здравоохранения: одним оказывают медуслуги в ближайшей поликлинике, а другим необходимо ехать в соседнее муниципальное образование (к которому они относятся не территориально, а юридически).

Для решения представленных проблем следует опираться на территориальные критерии, которые должны быть установлены компетентными органами здравоохранения на местном уровне, учитывая особенности развития населенных пунктов, изменения в административно-территориальном разделении, а также наличие медицинских учреждений на соответствующих территориях. При этом введение принципа территориальности при выборе медицинской организации не отменяет территориально-участкового принципа организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Важно учитывать реальные потребности населения при установлении границ обслуживания (прикрепления) к конкретному медицинскому учреждению и распределении медицинских участков в пределах установленных территориальных границ. А уже в рамках сформированных границ медицинская помощь, как и сейчас, будет оказываться по территориально-участковому принципу. Соответственно, предлагается первое предложение части 2 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изложить в следующей редакции: «Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию по территориальному принципу в порядке, утвержденном уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)».

4. Считаю необходимым закрепить в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следующее предложение:

Федерации» положения о порядке оказания медицинской помощи за пределами страхования застрахованного лица. Для четкого взаимодействия всех субъектов и участников обязательного медицинского страхования данное положение должно регулироваться не ведомственным приказом, который по своей сути противоречит федеральному закону, а федеральным законом.

Кроме того, считаем необоснованным требование об оказании специализированной медицинской помощи на основании направления лечащего врача, которым признается только врач медицинской организации, к которой прикреплен гражданин. Это нарушает права граждан на доступность медицинской помощи, так как находясь по определенным обстоятельствам в другом регионе, у человека не всегда есть возможность вернуться на территорию страхования для получения направления. Для этого предлагаем внести изменения в пункт 17 приказа Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», изложив первое предложение в следующей редакции: «Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового и врача общей практики (семейного врача)».

5. Необходимо внести изменения в статью 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепив обязательные положения, которые должны быть указаны в информированном добровольном согласии, а также указание на то, что эти положения обязательно должны быть прописаны в бланке согласия.

Кроме того, необходимо сформировать новый приказ Минздрава РФ, в котором будет указана подробная форма информационного добровольного согласия, включающая основные положения, указанные в федеральном законе. Форма должна быть разработана и для оказания первичной медико-

санитарной помощи, и для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Действующая в настоящее время модель обязательного медицинского страхования несовершенна и имеет много нерешенных проблем, в том числе и с правовой точки зрения. Осознавая важность обеспечения населения услугами здравоохранения, система обязательного медицинского страхования должна своевременно проводить правовой анализ организации здравоохранения и вносить изменения в действующее законодательство. Считаем, что это эффективно скажется на качестве предоставляемых медицинских услуг, а также сделает медицинскую помощь доступной более широкому кругу потребителей. Кроме того, своевременное внесение изменений позволит снизить количество юридических коллизий в сфере правового регулирования системы обязательного медицинского страхования и сократит количество судебных споров.

Заключение

Современная система обязательного медицинского страхования обеспечивает гарантии стабильности и безопасности в социальной сфере. Приведенный историко-теоретический аспект доказывает, что законодательство в сфере здравоохранения развивается по спирали. И тем не менее, как и несколько веков назад, основой благополучия является качественное социальное обеспечение и предоставление медицинских услуг в частности.

Созданная в начале 90-х годов XX века система обязательного медицинского страхования расширила права граждан на доступную и качественную медпомощь. Однако полностью страховой медициной данную модель назвать нельзя, так как она предусматривает значительное участие государства и проведение профилактических мероприятий, которое не попадают под определение понятия «страховой случай».

При проведении исследования автором проанализированы федеральные и региональные нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность сферы обязательного медицинского страхования. Было установлено, что отдельные нормы, имеющие важное значение в обеспечении медицинской помощью, не регламентируются федеральным законодательством, а определяются ведомственными приказами. По результатам данной работы были выявлены недостатки действующего законодательства об обязательном медицинском страховании, в том числе в фундаментальных вопросах – противоречии принципов осуществления обязательного медицинского страхования друг другу.

Юридические коллизии возникают в том числе при реализации одних из основных прав застрахованных лиц – права на прикрепление к лечебному учреждению, права на выбор врача и права на получение медицинских услуг территории страхования. Доказательством разного толкования положений

законодательства являются примеры из судебной практики, а также представления органов прокуратуры.

Проведенное исследование позволило доказать, что правовое обеспечение и системы здравоохранения, и системы медицинского страхования нуждается в изменении. На этих важных для любого гражданина социальных сферах отражаются изменения во внутренней и внешней политике государства, развитие информационных возможностей и искусственного интеллекта. При этом с целью недопущения напряженности общественно-политической обстановки, регулирование правоотношений субъектов и участников обязательного медицинского страхования должно происходить своевременно и отвечать запросам общества, так как они реализуют одно из самых важных прав гражданина – право на получение качественной и доступной медпомощи.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Ашмарина С.В. Завершающий этап становления системы страхования в дореволюционной России. Закон 23 июня 1912 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.hist.msu.ru/Labour/Article/1912.html> (дата обращения: 10.02.2023).
2. Бадюков В.Ф. Основы страхования для бакалавриатов. Ростов-на-Дону, 2021. С. 105.
3. Воробьёв П.А. К столетию Великого Октября: система здравоохранения Н.А. Семашко, перевернувшая мир [Электронный ресурс] // Вестник МГНОТ. 1 ноября 2017. URL: https://mgnot.ru/arhive/dm1117_web.pdf (дата обращения: 01.02.2023).
4. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 01.07.2021, с изм. от 08.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2022) [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/f97fa76d258f4b035ab80b1e8926c01fa436807d/ (дата обращения: 07.01.2023).
5. Договор о Евразийском экономическом союзе (подписан в г. Астане 29.05.2014) (ред. от 24.03.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.04.2023). [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163855/71efc1f8e602fbec2b04586c62051e164f507f14/ (дата обращения: 07.04.2023).
6. Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. № 3. С. 60-64.
7. Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» // Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РСФСР. 04.07.1991. № 27. С. 920.

8. Закон СССР «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» // Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. С. 466.

9. Карзова, А.С. Особенности реализации и обеспечения права каждого на медицинскую помощь в Российской Федерации и зарубежных странах // Молодой ученый. 2021. № 23 (365). С. 203-205. URL: <https://moluch.ru/archive/365/81850/> (дата обращения: 17.03.2024).

10. Кобеляцкий А.И. Справочная книга для чинов фабричной инспекции, фабрикантов и заводчиков. Полный сборник узаконений о найме рабочих на фабрики, заводы и мануфактуры, о взаимных отношениях фабрикантов и рабочих, о фабричной инспекции, о надзоре за заведениями фабрично-заводской промышленности. СПб., 1898. С. 34.

11. Ковригина Г.Д. Правовое регулирование целительской деятельности в России: история вопроса и современные общеправовые начала // Медицинское право. 2008. № 4. С. 38-40.

12. Козаченко С.В., Пирогов М.В. Новые подходы к формированию программы ОМС в современных условиях // ГлавВрач. 2012. № 10. С. 41.

13. Конституция СССР 1936 года // Известия ЦИК СССР и ВЦИК. 06.12.1936. № 283.

14. Конституция СССР 1977 года // Ведомости Верховного Совета СССР. 1978. № 15. С. 407.

15. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 07.01.2023).

16. Конституция СССР 1937 года // Собрание узаконений РСФСР. 1937. № 2. С. 11.

17. Лановик В.А., Тагиева Н.В. Национальная система здравоохранения Великобритании // Академическая публицистика. 2019. № 3. С. 194-197. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/natsionalnaya-sistema-zdravoohraneniya-velikobritanii?ysclid=ltwrr099if144628794> (дата обращения: 17.03.2024).

18. Лупарев Е.Б., Епифанова Е.В. Публичное медицинское право : учебное пособие. М., 2021. 191 с.

19. Лушников А.М., Лушников М.В. Российская школа трудового права и права социального обеспечения: портреты на фоне времени (сравнительно-правовое исследование) : монография : в 2 т. Ярославль, 2019. Т. 1. С. 14.

20. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ (ред. от 28.04.2023) [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28165/663ac375611c98dba0b6a35b47be12ed052e0ee1/ (дата обращения: 07.01.2023).

21. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 г. № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72044032/> (дата обращения: 02.03.2023).

22. Письмо Федерального фонда ОМС от 08.09.2021 № 00-10-30-2-06/5050 «О порядке оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме» [Электронный ресурс]. URL: http://www.mofoms.ru/documents/regulatory_framework// (дата обращения: 02.03.2023).

23. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год // Российская газета. 28.04.1993. № 81.

24. Постановление Верховного Совета РСФСР от 28.06.1991 № 1500-1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» // Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РСФСР. 04.07.1991. № 27. С. 921.

25. Постановление Правительства Оренбургской области от 27.12.2022 № 1478-пп «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.orenfoms.ru/upload/iblock/ed2/12271478pp.pdf> (дата обращения: 07.01.2023).

26. Постановление Правительства Оренбургской области от 29.12.2021 № 1314-пп «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.orenfoms.ru/upload/iblock/e47/TPGG-2022-i-na-planovyy-period-2023-i-2024-godov.pdf> (дата обращения: 07.01.2023).

27. Постановление Правительства РФ от 06.05.2003 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» // Собрание законодательства Российской Федерации. 15.05.2003. № 19. С. 183.

28. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» // Собрание законодательства Российской Федерации. 15.01.1996. № 3. С. 194.

29. Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/403335795/> (дата обращения: 07.01.2023).

30. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [Электронный ресурс]. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202212310044> (дата обращения: 07.01.2023).

31. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=367954&ysclid=1eo0usxhu3760067311> (дата обращения: 07.01.2023).

32. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (ред. от 11.01.2017) [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/53e594fa9959a6f3cc9102187b879fca43100fa8/ (дата обращения: 07.01.2023).

33. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403011701/?ysclid=ltwruxagiu570594341> (дата обращения: 17.01.2024).

34. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/70859232/?ysclid=leo0z5eiji498348345> (дата обращения: 07.01.2023).

35. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами

территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» [Электронный ресурс]. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=211265> (дата обращения: 02.03.2023).

36. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: институты и страховые механизмы. М., 2018. С. 49.

37. Соколова Н.А., Строжук Д.А. Принципы осуществления обязательного медицинского страхования: некоторые вопросы применения. Вестник Омского юридического института. 2018. № 1. С. 11.

38. Старчиков М.Ю. Предупреждение конфликтных ситуаций между медицинскими организациями и пациентами: положения законодательства, практические рекомендации и типовые образцы документов. М.: Инфотропик медиа, 2019. 328 с.

39. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 07.04.2023).

40. Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования» от 16.07.1999 № 165-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4059/ (дата обращения: 07.04.2023).

41. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2022) [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 07.01.2023).

42. Фогельсон Ю.Б. Страхование право: теоретические основы и практика применения : монография. М. : Норма, Инфра-м, 2012.

43. Domestic policy of Otto von Bismarck // Britannica [Электронный ресурс]. URL: <https://www.britannica.com/biography/Otto-von-Bismarck/Domestic-policy> (дата обращения: 01.12.2022).

44. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/emergencies/surveillance> (дата обращения: 01.12.2022).

45. International Health Care Systems Part 1: The Beveridge Model [Электронный ресурс]. URL: <https://morningsignout.com/international-health-care-systems-part-1-the-beveridge-model/> (дата обращения: 01.12.2022).

46. Pimlott B. Giants of poverty yet to be slain: fifty years after Beveridge [Электронный ресурс] // Independent. – 01.12.1992. – URL: <http://www.independent.co.uk/voices/giants-of-poverty-yet-to-be-slain-fifty-years-after-beveridge-want-disease-squalor-ignorance-and-idleness-persist-ben-pimlott-calls-for-a-new-visionary-to-fashion-a-social-policy-for-our-age.html> (дата обращения: 09.01.2023).

47. Thomas L. Healthcare Systems Around the World [Электронный ресурс] // News-Medical.Net. 2023. URL: <https://www.news-medical.net/health/Healthcare-Systems-Around-the-World.aspx> (дата обращения: 16.03.2024).