

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 кафедры)

40.03.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки, специальности)

гражданско-правовой

(направленность (профиль))

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему «Обязательное медицинское страхование в РФ»

Студент

Денис Сергеевич Милютин

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

Ольга Сергеевна Лапшина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

**Допустить к защите**

Заведующий кафедрой канд. юрид. наук, доцент, А.Н. Федорова

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Тольятти 2019

## АННОТАЦИЯ

Бакалаврской работы студента на тему «Обязательное медицинское страхование в РФ».

Объём бакалаврской работы 67 страниц. При написании работы использовалось 54 источника.

Объектом исследования при написании работы послужил процесс работы в страховой компании, занимающейся деятельностью по осуществлению обязательного медицинского страхования и информационному сопровождению застрахованных граждан.

В рамках данной бакалаврской работы предложено исследование наиболее острых и проблемных аспектов взаимодействия участников системы ОМС, а также возможность их решения.

В бакалаврскую работу входит введение, две главы, итоговое заключение.

Во введении раскрывается актуальность исследования по выбранному направлению, ставится проблема, цель и задачи исследования.

В первой главе даются теоретические аспекты медицинского страхования, исторические аспекты появления и развития, виды страхования, общая характеристика законодательства в сфере медицинского страхования.

Во второй главе осуществляется опытно-практическая работа. В главу входит описание проблемы реализации нормативно правовых актов на практике, анализ путей реализации защиты законных прав и интересов застрахованных граждан в условиях не совершенства законодательства.

Заключение посвящено основным выводам и предложениям по возможным направлениям развития законодательства в сфере медицинского страхования.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ.....	7
1.1. Историко-правовой аспект появления и развития медицинского страхования в России.....	7
1.2. Общая характеристика российского законодательства в сфере медицинского страхования.....	14
1.3. Виды медицинского страхования в России.....	23
ГЛАВА 2. ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....	28
2.1. Права граждан на получение бесплатной медицинской помощи и реализация защиты данного права.....	28
2.2. Проблемы реализации обязательного медицинского страхования на практике.....	40
2.3. Совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании в России.....	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	56
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	61

## ВВЕДЕНИЕ

Благополучие и здоровье человека, как и общества в целом, если рассматривать этот вопрос под углом обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), находятся в прямой и непосредственной зависимости от государства.

В настоящее время в сфере медицинского страхования отсутствуют не только основополагающие и комплексные исследования в сфере вопросов проблематики правового регулирования, но нет и аналитических исследований, как по вопросам проблематики правового обеспечения, так и по вопросам непосредственной реализации прав субъектами правовых отношений в анализируемой теме данной бакалаврской работы. Ослабление правового регулирования государством в области медицинского страхования и непосредственно в сфере охраны здоровья граждан, причем необходимо отметить как граждан Российской Федерации (далее по тексту – РФ), так и иностранных граждан, лиц без гражданства постоянно или временно проживающих на территории России, чревато для самого государства резко негативными последствиями. Данные негативные последствия могут проявляться в увеличении уровня смертности во всех возрастных группах, снижении уровня рождаемости, увеличении количества самоубийств, заболеваемости инфекционными болезнями, болезнями нервной системы, увеличении уровня наркоманий, алкоголизации и как следствие повышение показателя инвалидизации населения.

Нельзя не сказать, что на сегодняшний день система ОМС России с точки зрения объективных реалий в современных экономических условиях все же является важной и неотъемлемой частью, оказывающей положительное воздействие в стране на общество, способствует стабильности, так как человек в процессе всей своей жизнедеятельности часто встречается с рисковыми ситуациями, которые наносят ущерб его здоровью и пытаются угадать момент наступления таких ситуаций

невозможно.

Актуальность темы бакалаврской работы объясняется несколькими причинами.

Во-первых, качество оказываемой медицинской помощи по полису обязательного медицинского страхования является частью целостной системы медицинского страхования, которое является одним из приоритетов в современной системе рыночных отношений, но медицинские услуги оказываются населению не всегда на должном уровне.

Во-вторых, координирование обязательного медицинского страхования с точки зрения правовой основы – важный и весьма актуальный вопрос, потому что с развитием демократизации общества расширяются права потребителей, а пациенты получающие медицинскую помощь по полису ОМС относятся к потребителям, вместе с этим роль профессиональной ответственности медицинских работников только усиливается, следовательно, остро встает вопрос о должном правовом регулировании сложившихся отношений. Все выше изложенное указывает на необходимость усилить значимость правового регулирования в области обязательного медицинского страхования.

Цель бакалаврской работы – проведение анализа российского законодательства, выявление проблем правового регулирования системы обязательного медицинского страхования России и поиск путей решения выявленных проблем.

Задачи, выявленные из поставленной цели:

1. Анализ историко-правового аспекта появления и развития медицинского страхования в России;
2. Определение общей характеристики российского законодательства в сфере медицинского страхования;
3. Раскрытие видов медицинского страхования в России;
4. Исследование права граждан на получение бесплатной медицинской помощи и реализации защиты данного права;

5. Выделение проблем реализации обязательного медицинского страхования на практике;

6. Установление предложений по совершенствованию законодательства об обязательном медицинском страховании в России

Объект настоящего исследования: отношения в сфере обязательного медицинского страхования.

Предметом исследования являются нормативно-правовые акты, регулирующие отношения в области обязательного медицинского страхования, в том числе научные труды, акты судебных органов власти.

В настоящее время обсуждается концепция о разработке особого законодательного акта, посвященного медицинскому страхованию. Судебная практика подтверждает возникшую необходимость в основательном изучении правовой природы и характеристиках этих договоров, так как единичные судебные решения не соответствуют фундаментальным основам медицинского страхования. Существует множество системных юридических проблем.

В научной литературе внимание проблеме законодательного регулирования, ее исследованию уделяют правоведы, государствоведы, юристы. Нельзя не отметить большой вклад в разработку понимания данной категории М.И. Брагинского, В.В. Ветрянского, Е.А. Суханова, Ю.Б. Фогельсона, В. Акимова, Г.Ф. Шершеневича, Н.Н. Косаренко и др. Труды этих и некоторых других авторов по сути и составили как теоретический, так и практический базис исследования, а также нормативные правовые акты.

В работе использованы, правовой, статистический и теоретический виды анализа. Эмпирической базой изучения являются аналитические данные, данные статистических исследований в указанной сфере, оценки российских правоведов, а также персональные выводы автора.

## ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

### 1.1. Историко-правовой аспект появления и развития медицинского страхования в России

Обязательное медицинское страхование – это форма социальной защиты всех слоев населения в области охраны здоровья<sup>1</sup>. Такая форма защиты в случае болезни существует давно. Для уяснения современного механизма функционирования медицинского страхования в России необходимо проследить путь его исторического развития.

Основу системы медицинского страхования составили и некоторые законодательные изменения как в правовом, организационном так и в экономическом направлениях, предназначенные переустроить отрасль за счет модификации ее модели развития, поднять как качество, так и доступность медицины для населения, а также повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения в рыночной системе хозяйствования.

В России система помощи населению при заболеваниях была обнаружена в памятнике древнерусского права «Русская правда», в котором установлен принцип разложения убытков за убийство при поимке преступника<sup>2</sup>.

В середине XVII в. Этот принцип был закреплен в Соборном Уложении (1649 г.)<sup>3</sup>. Уложение гласило, что выкуп пленных при набегах подданных производился в основном за счет царской казны, которая образовалась путем ежегодных сборов с населения по определенным ставкам. Так был

---

<sup>1</sup> Граве К.А. Страхование / К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М., 1960. – С. 117.

<sup>2</sup> Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – С. 214.

<sup>3</sup> Суворов М.Д. О частноправовом характере института страхования / М. Д. Суворов // Правоведение. – 2013. – № 4. – С. 7.

разработан механизм, который используется и в нынешнее время в обязательном медицинском страховании.

До конца XVIII в. в Российской империи страховых организаций не существовало. В литературе нет однозначного подхода к периодизации медицинского страхования. В XVIII-XIX вв. возникали зачатки элементов социального страхования и страховой медицины в России, когда на первых капиталистических предприятиях появились кассы взаимопомощи. Рабочие стали самостоятельно создавать общества взаимопомощи – предшественники больничных касс. Существует множество мнений исследователей в ОМС, в частности А.В. Свидерский, Ю.Б. Махтина, Е. Погорелая, В.И. Кашин, А.Т. Бойко, К.И. Шевченко и другие указывают на зарождение элементов ОМС еще в XVII веке<sup>4</sup>. Рассматривая этапы развития, стоит выделить следующие:

I этап – с марта 1861 года по июнь 1912 года – зарождение ОМС в России и начало его практической реализации, 6 марта 1861 года был подготовлен законодательный акт, в котором были описаны элементы обязательного страхования в России (Закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах»)<sup>5</sup>. В 1866 году был принят закон, при котором создавали больницы на фабриках и заводах, основным требованием при создании фабрик было наличие больниц с числом коек, зависимым от количества рабочих на предприятии (1 койка на 100 работающих). Такие больницы были малочисленными и не могли в полную меру обеспечить всех медицинской помощью.

II этап начинается с июня 1912 года по июль 1917 года, характеризуется принятием Государственной думой четырех страховых законов: «О страховании рабочих от несчастных случаев», «О страховании рабочих на случай болезни», «Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих», «Об учреждении Совета по делам страхования

---

<sup>4</sup>Суворов М.Д. О частнопроводимом характере института страхования / М. Д. Суворов // Правоведение. – 2013. – № 4. – С. 7.

<sup>5</sup>Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – С. 64.

рабочих»<sup>6</sup>. Таким образом, спустя четыре с лишним десятилетия в России на практике была внедрена социально значимая идея о необходимости обязательного страхования рабочих на случай болезни. Действие указанных законов распространялось на все промышленные предприятия, за исключением казенных и железных дорог общего пользования, на которых число занятых рабочих и служащих достигало 20 человек (при отсутствии машин – 30 чел.).

В 1912 г. наконец был принят закон, в котором было введено обязательное медицинское страхование для рабочих в случае болезни и к 1916 г. уже было 3189 больничных классов и примерно 2,5 млн. застрахованных лиц. Работодатель был обязан за свои собственные средства предоставить работнику медицинскую помощь.

Эти законы 1912 года стали первыми законодательными актами, наиболее подробно описывающими систему управления и взаимоотношений между субъектами страхования на случай болезни. Впервые вводился принцип обязательного страхования; взносы исчислялись с начисленных доходов работающего по всем основаниям (заработная плата, пособия и т. д.).

III этап – с июля 1917 года по октябрь 1917 года – реформирование медицинского страхования в связи с приходом к власти Временного правительства. На этом этапе пересматривались законодательные акты по социальному страхованию, в которых серьезно исправлялись многие недостатки законов, принятых III Государственной думой в июне 1912 года: расширялся круг застрахованных; уравнивались взносы рабочих и предпринимателей; увеличились размеры выплачиваемых застрахованным пособий и т.п. Эти перемены открыли огромные возможности для развития медицинского страхования для России.

IV этап начинается с октября 1917 года по ноябрь 1921 года – введение

---

<sup>6</sup> Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – С. 66.

в России «рабочей страховой медицины», переход от социального страхования населения к социальному обеспечению, это событие предопределило крах системы социального страхования в России.

В 1917 году были внесены изменения, которые повлекли перестроение системы медицинского страхования и 14 ноября 1917 г. больничные классы передали лечебным учреждениям, а 29 ноября – декрет о страховых присутствиях и страховом совете, 11 декабря – о страховании на случай безработицы, 22 декабря – о страховании на случай болезни.

18 февраля 1919 года в этот период на Совет комиссаров наконец принимает решение о передаче лечебной части бывших больничных касс Народному комиссариату здравоохранения. Была упразднена «Рабочая страховая медицина» и принята единая «советская медицина». В это же время полным ходом идет реформирование системы социального страхования и происходит замена системы социального обеспечения государством.

V этап – с ноября 1921 года по 1929 год – характеризуется как новая экономическая политика, в это время происходит возрождение элементов медицинского страхования. 15 ноября 1921 года Советом народных комиссаров и ВЦИК появляется и вводится социальное страхование, которое действует при временной нетрудоспособности.

В 1928 году был введен новый порядок отчислений на медицинскую помощь, устанавливающий обратную зависимость суммы отчислений от расходов по временной нетрудоспособности и инвалидности. Повышается роль страховых организаций в области регулирования отчислений по отдельным районам в зависимости от состояния медицинской помощи, коэффициента заболеваемости, профвредности и социально-производственного значения.

VI этап – с 1929 года по июнь 1991 года – период государственного здравоохранения. В начале 1930-х годов социальное страхование было передано профсоюзам, а страховые кассы и все что с ними было связано

ликвидированы. В этот период обострился кризис здоровья и здравоохранения. Попытки внести изменения в здравоохранении были приняты на съезде КПСС и в 1985 году принял новую редакцию программы КПСС и основные направления экономического и социального развития СССР на 1986–1990 годы и на период до 2000 года. Данные изменения стали возможными с появлением обязательного медицинского страхования населения страны.

VII этап – с 1991 года – современный этап становления ОМС.

С 1991 года в России началось введение современной системы медицинского страхования. Появление ОМС объясняется несколькими причинами:

- требовалось улучшение системы здравоохранения, так как средства, которые выделялись из бюджета очень быстро распылялись и зачастую не доходили до больниц необходимые для нужд медицины;

- потребность в качественном медицинском обслуживании;

- привязанность жителей к определенной сельской поликлинике или больнице.

Этот этап можно прежде всего характеризовать как период государственного здравоохранения в следствии чего сформировался принцип финансирования системы здравоохранения.

Новый этап дает толчок дальнейшему развитию обязательного медицинского страхования в России, параллельно обязательному страхованию появляется добровольное медицинского страхование.

Добровольное страхование на рынке страховых услуг непосредственно в России зарождается в 1991 г.

В период 1991-1993 гг. можно рассмотреть развитие договоров в добровольном медицинском страховании, а также их вносимые изменения:

- уплату страхователем страховой премии, которая включала в себя стоимость лечения (по договору) и расходы на ведение дела;

- прикрепление к определенному лечебному учреждению

выбранное застрахованным лицом;

- оплата производится за фактическое предоставление услуг;
- возврат остатка средств на оплату лечения страхового взноса.

В соответствии с Законом РФ от 28 июня 1991 №1499 – 1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»<sup>7</sup> (далее по тексту – Закон РФ №1499 –1) было запланировано создание взаимодействия между субъектами страхования с элементами конкуренции. Этим предполагалось, что все субъекты, которые предоставляют медицинские услуги будут заинтересованы, что приведет к повышению качества оказываемых услуг и эффективном использовании выделяемых средств. Созданная система ОМС развивалась довольно быстро и стала принципиально новой моделью так как здравоохранение теперь финансировалось через специально сформированную структуру государственных внебюджетных фондов.

Выделяют следующие основные задачи.

Первая – необходимость создания стабильного финансирования здравоохранения.

Вторая – требовалось еще более улучшить качество медицинской помощи за счет создания здоровой правовой конкуренции между страховщиками.

Ни одна из выше изложенных задач не проверялась на результативность и реализуемость, по сути разработчики полагались только на собственное идеализированное представление, что в конечном итоге не оправдало запланированных ожиданий. Так планировалось определить размер страхового взноса в пределах 10,8-11,0% от фонда оплаты труда<sup>8</sup>. Но на деле норматив его составил только 3,6%. Кроме того, в систему ОМС направлялись взносы субъектов Федерации и органов местного

---

<sup>7</sup>Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 04.07.1991, N 27, ст. 920.

<sup>8</sup>Бадюков В.Ф. Основы страхования для бакалавров. / В.Ф. Бадюков. – Ростов н /Д., 2013. – С. 105.

самоуправления на страхование неработающего населения.

С самого начала для ОМС были характерны низкие тарифы страховых взносов, нестабильное финансовое положение плательщиков, недостаточное поступление денежных средств территориальные фонды от органов исполнительной власти за неработающую часть населения и использования средств ОМС для погашения дефицита бюджета и другие расходы. Объем финансирования никаким образом не увеличивался, а наоборот, сокращались бюджетные ассигнования здравоохранению на сумму средств, которые планировали собрать фонды ОМС, что привело к формированию отрицательного отношения населения к медицинскому страхованию.

Медицинское страхование на этот момент играло важную роль и в период 1998-1999 гг. принимается ряд нормативных и законодательных актов различного уровня, направленных, прежде всего на стабилизацию и развитие экономики в целом и в целях развития самого рынка страхования:

– Федеральный закон от 31 декабря 1997 г. «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О страховании»<sup>9</sup>.

Стоит отметить, что основная часть бюджета здравоохранения, минуя систему ОМС, что затрудняет финансовое планирование, сдерживает совершенствование методов оплаты труда за конечный результат. Оставалась проблема с дифференциацией финансового обеспечения здравоохранения регионов в расчете на душу населения. Возможностью формирования нового эффективного механизма функционирования отрасли стала новая Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.

В 2005 году было объявлено о создании национальных проектов предпосылками появления стали тенденции медико-демографического характера, низкий уровень оснащенности учреждений здравоохранения, предоставляющих населению первичную медико-санитарную помощь

---

<sup>9</sup>Федеральный закон от 31.12.1997 N 157-ФЗ (ред. от 17.07.1999) «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О страховании», «Российская газета», N 1, 04.01.1998, «Собрание законодательства РФ», 05.01.1998, N 1, ст. 4.

необходимым оборудованием, низкий уровень развития профилактического направления в здравоохранении, несостоятельность основных производственных фондов, недоступность медицинской помощи с применением высокоразвитых медицинских технологий.

Приоритетными для проекта стали развитие первичной медико-санитарной помощи, профилактического направления медицинской помощи, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Этот проект установил основные преобразования в системе здравоохранения, для обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью на любом этапе ее оказания – как при амбулаторном лечении, в стационарных учреждениях, так и в высокотехнологичных медицинских центрах.

1 января 2011 года на территории России вступил в силу Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее по тексту – Закон об ОМС)<sup>10</sup>. У граждан, застрахованных в системе ОМС, появились новые права и обязанности. Данным законом предусмотрена разработка базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования.

Таким образом, за все годы медицинское страхование претерпело значительные изменения и должно в дальнейшем совершенствоваться, создавая хорошую социальную базу для граждан. От этого зависит дальнейшее благосостояние общества в целом.

## 1.2. Общая характеристика российского законодательства в сфере медицинского страхования

---

<sup>10</sup>Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Российская газета», N 274, 03.12.2010, «Российская газета», N 275, 06.12.2010 (уточнение), «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, N 49, ст. 6422, «Парламентская газета», N 64, 10-16.12.2010.

Обязательное медицинское страхование – является видом обязательного социального страхования населения, которое представляет систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания лицу, застрахованному в системе ОМС, медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом о медицинском страховании случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования<sup>11</sup>.

Медицинское страхование, прежде всего основывается на системе законодательства, в которую входят общие правовые акты, страховое законодательство, подзаконные акты и ведомственные нормативные документы, издаваемые органами исполнительной власти.

Общее законодательство представляют:

– правовые акты, прежде всего к ним относятся Конституция Российской Федерации<sup>12</sup>, Гражданский кодекс Российской Федерации<sup>13</sup> (далее по тексту – ГК РФ) и др. Поскольку ими устанавливаются организационно – правовые формы и порядок создания предприятий, договорные правоотношения и т.д., Глава 48 ГК РФ «Страхование» специально посвящена вопросам организации страхового дела.

Специальное законодательство включает:

- законы, регламентирующие ОМС;
- указы Президента РФ.

В эту группу входят Закон об ОМС, в целом усиливающий гарантии

---

<sup>11</sup>Белых В.С. Страхование право / В.С. Белых, Н.В. Кривошеев. – М., 2013. – С. 92.

<sup>12</sup>«Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ), «Собрание законодательства РФ» 04.08.2014, N 31, ст. 4398.

<sup>13</sup>Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019), «Собрание законодательства РФ», 05.12.1994, N 32, ст. 3301.

прав застрахованных граждан на оказание бесплатной медицинской помощи, основные положения данного закона соответствуют положениям Федерального закона от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»<sup>14</sup>. Главные направления Закона об ОМС основываются на принципах данного закона. В первую очередь это проявляется во всеобщности характера ОМС, в наличии государственных гарантий защиты застрахованных лиц от различных социальных рисков, а также финансовая автономность системы ОМС. Одним из основных законов является также Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту – Закон об ООЗГ)<sup>15</sup>, который закрепляет основные права граждан в сфере как в целом здравоохранения так в частности в ОМС. Также к этой категории можно отнести Федеральный закон от 25 июня 2013 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»<sup>16</sup>, Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>17</sup> и др.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что в целом законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции РФ и состоит из Федерального закона от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Закона об ОМС, других федеральных законов, законов субъектов РФ. Правоотношения, складывающиеся в связи с осуществлением ОМС на территории России, регулируются и другими нормативными правовыми актами, например,

---

<sup>14</sup>Федеральный закон от 16.07.1999 N 165-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах обязательного социального страхования» «Собрание законодательства РФ», 19.07.1999, N 29, ст. 3686, «Российская газета», N 139, 21.07.1999.

<sup>15</sup>Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ(ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Российская газета», N 263, 23.11.2011, «Парламентская газета», N 50, 24.11-01.12.2011, «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, N 48, ст. 6724.

<sup>16</sup>Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ(ред. от 27.12.2018) «Об обращении лекарственных средств» «Российская газета», N 78, 14.04.2010, «Парламентская газета», N 19-20, 16-22.04.2010, «Собрание законодательства РФ», 19.04.2010, N 16, ст. 1815.

<sup>17</sup>Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «О персональных данных» «Российская газета», N 165, 29.07.2006, «Собрание законодательства РФ», 31.07.2006, N 31 (1 ч.), ст. 3451, «Парламентская газета», N 126-127, 03.08.2006.

нормативными правовыми актами субъектов РФ.

Согласно ст. 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основными принципами российской модели системы ОМС выступают обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи, устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование, государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств, создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Особенностью действующего ныне закона является то, что он регулирует как обязательное, так и добровольное медицинское страхование. Федеральная (базовая) программа ОМС (далее по тексту – БП ОМС) устанавливает минимальный уровень гарантий прав граждан в сфере здравоохранения, который может быть расширен в территориальной программе субъекта Федерации. Однако в реальности она в большинстве регионов не отличается от федеральной программы из-за ограниченности их собственных средств.

Закон об ОМС выделяет участников и субъектов медицинского страхования определяя такие понятия, как обязательное медицинское страхование, страховой риск, страховой случай, страховое обеспечение, застрахованное лицо, базовая и территориальная программа. Определен и порядок работы страховых компаний на российском рынке. Кроме того, законом устанавливаются и объекты страхования. Всю систему ОМС возглавляет государство, именно оно в законодательной форме обязывает

вносить средства для обеспечения общественных интересов, а также устанавливает форму социального страхования, между тем страховая защита тех или иных объектов в тесной взаимосвязи с интересами не только отдельных страхователей, но и всего общества.

Социальное страхование в нашей стране регламентировано Постановлением Верховного Суда РФ от 10 марта 2011 г. № 2 «О применении судами законодательства об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>18</sup>. В данном нормативном акте, речь идет только о форме социального страхования при несчастных случаях возникающих на производстве, страхование от профессиональных заболеваний основной мотивацией этой категории страхования можно назвать повышение уровня социальной защиты застрахованных, в этом должны быть заинтересованы в первую очередь субъекты страхования. Они по задумке законодателя будут заинтересованы создавать все возможные условия для снижения профессиональных рисков и обеспечивать меры предупредительного характера для сокращения производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Данный закон никак не ограничивает права застрахованных лиц на получение медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ в области ОМС, он гарантирует дополнительное обеспечение в полном объеме не только оплату расходов на медицину, но социальное и профессиональное восстановление здоровья гражданина, при наступлении страхового случая.

Главной отличительной чертой указанного акта от Закона об ОМС является то, что страховым случаем признается и факт смерти застрахованного. Как гласит анализируемый закон «Право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного в результате наступления

---

<sup>18</sup>Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10.03.2011 N 2 «О применении судами законодательства об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» «Российская газета», N 57, 18.03.2011, «Бюллетень Верховного Суда РФ», N 5, май, 2011.

страхового случая...». Обязательное государственное страхование жизни и здоровья граждан в соответствии с нормативной базой. Но на практике у судов, рассматривающих дела о возмещении вреда причиненного жизни и здоровью застрахованного, возникли вопросы и в целях обеспечения единства судебной практики и законности, Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 10 марта 2011 г. № 2 г. Москва «О применении судами законодательства об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», дает разъяснения, в частности определяет правовое положение истца и круг лиц подлежащих обязательному социальному страхованию, подведомственность судов и т.д.

В Законе об ООЗГ прописано обеспечение финансовой устойчивости страховщика, порядок и контроль за страховой деятельностью.

Все полномочия выделены по уровням власти (ст.ст. 14-17) и подробно в них описаны. Главным представляется расширение круга полномочий органов государственной власти всех уровней. Так, к полномочиям федеральных органов государственной власти отнесены (ч. 1 ст. 14):

- установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья;
- организация медико-биологического и медицинского обеспечения спортсменов сборных команд Российской Федерации;
- мониторинг безопасности медицинских изделий;
- обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация.

Обязательное страхование проводится на основе соответствующих законодательных актов, в которых предусмотрено:

- перечень объектов, подлежащих страхованию;
- объем страховой ответственности;
- уровень (нормы) страхового обеспечения;
- права и обязанности сторон, участвующих в страховании;

– порядок установления тарифных ставок, страховых платежей и др.

Закон определяет круг страховых организаций, которым поручается проведение обязательного страхования.

К участникам относятся:

– территориальные фонды, которыми являются некоммерческие организации, созданные субъектами РФ;

– страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее по тексту – СМО);

– медицинские организации имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее по тексту также – реестр медицинских организаций), в соответствии с Законом об ОМС:

— организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

— индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Субъекты обязательного медицинского страхования:

– застрахованными лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ»)<sup>19</sup>, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»<sup>20</sup>, применение последнего закона актуально в сложившейся политической обстановке в следствии военных действий на

---

<sup>19</sup>Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» от 25.07.2002 N 115-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Российская газета», от 31.07.2002, № 140.

<sup>20</sup>Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 «О беженцах» «Российская газета» от 20 марта 1993 г., N 54.

территории восточной части Украины, Россия приняла большое количество беженцев.

– страхователями для работающих граждан являются лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, организации, индивидуальные предприниматели, физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями, индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

– страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Медицинское обслуживание граждан относящихся к категории военнослужащих, осуществляется на основе Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудников учреждений и органов уголовно - исполнительной системы»<sup>21</sup> и финансируется из средств соответствующего бюджета. Хорошо построенная система здравоохранения, страхования и оказания медицинских услуг позволяет гражданам возложить на себя обязанность заботиться о сохранении своего здравоохранения.

Работодатели производят из получаемых доходов вносы по обязательному медицинскому страхованию, за счет которых происходит формирование управляемого государством страхового фонда. Часть фонда создается за счет удержания из зарплаты взносов самих трудящихся. За счет этих добровольных взносов по задумке законодателя и должно осуществляться более качественное медицинское обслуживание.

---

<sup>21</sup>Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудников учреждений и органов уголовно - исполнительной системы» «Российская газета» от 7 апреля 1998 г., «Собрание Законодательства Российской Федерации» от 30 марта 1998 г. N 13, ст. 1474.

Программы обязательного медицинского страхования определяются необходимым перечнем медицинских услуг, на основе базовой программы разрабатываются и утверждаются территориальные программы медицинского страхования, которые гарантирует каждому гражданину, имеющему соответствующий страховой медицинский полис: – первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; – специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, которая включена с 2015 г. в Закон об ОМС, следовательно, получила отражение в базовой и территориальных программах ОМС; – скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; – паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

В свое время К.А. Граве и Л. А. Лунц дали объяснение экономической природе страхования, как совокупность определенных мероприятий по созданию ресурсов материальных и денежных средств, за счет которых происходит исправление и возмещение вреда при возникновении стихийных бедствий или несчастных случаев.<sup>22</sup>

Еще в 1914 году В.Р. Идельсон, которая признанно является ярким представителем страхового права начала XX века, понятие страхования трактовала как двустороннюю сделку, с наличием взаимных прав и обязанностей у каждой из сторон. Страхователем по такому договору может быть, как физическое, так и юридическое лицо.<sup>23</sup> Важнейшей предпосылкой заключения такого договора является наличие законного, легального, страхового интереса. Страховой интерес следует из юридически признанного отношения страхователя к объекту страхования.

На современном этапе правового регулирования медицинского страхования в законодательстве нет федерального закона, регламентирующего систему добровольного медицинского страхования.

---

<sup>22</sup> Граве К.А. Страхование / К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М., 1960. – С. 19.

<sup>23</sup> Идельсон В.Р. Страхование / В.Р. Идельсон. – М., 1995. – С. 10.

Предполагается, что целью страховой компании, контролирующей качество медицинской помощи, будут: реализация застрахованными прав на получение медицинской помощи должного качества и в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования. Когда как Закон об ОМС является урегулированным на государственном уровне, базовым и отношения возникающие в области страхования между страховыми организациями и гражданами, а также предприятиями, учреждениями, отношения страховых организаций между собой, являются задачей государственного регулирования данной страховой деятельности.

Таким образом, закон создает целую систему правового регулирования отношений между участниками страховых отношений, между государством и страховщиком, между самими страховщиками и т.п.

### 1.3. Виды медицинского страхования в России

В каждой стране отрасль медицинского страхования развивалась в зависимости от существующего общественного строя, уровня развития экономики, социальной сферы и сформированной системы финансирования здравоохранения.

Сегодня медицинское страхование есть форма социальной защиты населения, которая выражена в совокупности видов страхования на случай потери здоровья за счет предварительно сформированных особых страховых фондов для частичной или полной оплаты медицинских услуг, вызванных обращением застрахованного в медицинское учреждение включенного в программу медицинского страхования.

Медицинское страхование в РФ представлено двумя видами: обязательное медицинское страхование (в силу закона) и добровольное медицинское страхование.

Медицинское страхование осуществляется в двух формах:

– государственное обязательное медицинское страхование;

– добровольное медицинское страхование.

Соответственно медицинская помощь населению оказывается, как за счет государственного бюджета, так и за счет специально сформированных страховых фондов – Федерального фонда ОМС и частных фондов страховых компаний. В настоящее время государством осуществляется переход на преимущественно одноканальную форму финансирования здравоохранения – систему ОМС. Обязательное медицинское страхование как вид обязательного социального страхования, представляет собой специально созданную государством систему правовых, экономических и организационных мер, гарантирующих застрахованному лицу, что при наступлении страхового случая, данному застрахованному лицу медицинская помощь будет оказана за счет средств ОМС в пределах территориальной и в установленных Законом об ОМС случаях базовой программы ОМС. Поскольку система ОМС в РФ является всеобщей для населения, то государство как законодательная и исполнительная власть определяет принципы ее организации, устанавливает тарифы взносов страхователей и создает страховые фонды. ОМС прежде всего обеспечивает всех равным гарантированным получением медицинских услуг, лекарств, профилактической помощи согласно программе ОМС.

Основой обязательного медицинского страхования являются БП ОМС и принимаемые на ее основе в субъектах страны ТП ОМС. БП ОМС осуществляется на территории всей страны и является составной частью программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Такие программы принимаются на каждый год и включают в себя перечни источников финансирования, страховых случаев, способов оплаты, форм, видов, объемов, условий доступности и качества медицинской помощи, предоставляющийся как в государственных учреждениях здравоохранения, так и в частных клиниках, вошедших в систему ОМС на бесплатной основе.

В рамках БП ОМС предоставляется первичная медикосанитарная

помощь, скорая медицинская помощь, а также специализированная медицинская помощь по четко обозначенному перечню классов болезней. ТП ОМС являются частью региональных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. ТП ОМС принимаются на уровне субъекта Федерации в объеме не менее БП ОМС по согласованию с местными органами исполнительной власти, медицинскими учреждениями, союзами и ассоциациями, профессиональными участниками рынка медицинского страхования с учетом особенностей каждой территории, ее половозрастного состава и текущего уровня заболеваемости по классам болезней.

Добровольным медицинским страхованием (далее – ДМС) является совокупность видов страхования, которые предусматривают обязательства страховщика по осуществлению в полном или частичном размерах, либо полную компенсацию расходов в том числе дополнительных, застрахованному лицу, которые были им произведены при получении медицинских услуг в медицинских учреждениях, участвующих в программе страхования.

Учитывая систему финансирования здравоохранения, сложившуюся в РФ и сформированную государственными органами нормативную базу, ДМС занимает место дополнения к государственным гарантиям оказания бесплатной медицинской помощи, выраженным программами ОМС. В рамках ДМС оплачиваются медицинские услуги, не вошедшие в БП ОМС или ТП ОМС, либо финансируемые ими не в полной мере. Также ДМС используется для оплаты расходов на профилактику заболеваний, а в случаях, предусмотренных программой – и на реабилитацию. Программы ДМС составляются исходя из правил страхования каждой конкретной страховой компании, ее возможностей и потребностей населения.

Стоит полагать, что в ДМС медицинское обслуживание предоставляется более высокого качества и обслуживание будет отвечать индивидуальным требованиям клиента. Не секрет, что клиент, его

потребности и возможности определяют структуру и направленность всей системы ДМС.

Медицинская помощь по договорам ДМС имеет свои видовые особенности. Вид ДМС определяется в зависимости от последствий наступления болезни, объема страхового покрытия, типа тарифа страхования, степени дополнения системы ОМС. Помимо этого, виды ДМС различаются по срокам действия договора страхования, по количеству включенных в программу страхования лиц и по наличию рискованной составляющей.

Если исходить из экономических последствий для застрахованного, то можно разграничить страхование затрат на само медицинское обслуживание и страхование потери трудового дохода неполученного за время болезни. Если страхование затрат на медицинское обслуживание является основной формой ДМС в России, то страхование неполученного во время болезни трудового дохода в России не развито, потому что страхование в этом случае является частью государственного социального страхования, по которому заболевшему работнику должен быть возмещен средний трудовой доход за период болезни.

Поскольку в России ОМС носит всеобщий характер исходя из принципа дополнения программами ДМС программами ОМС, как выше уже упоминалось, выделяют дополнительное и самостоятельное ДМС. За счет средств дополнительной формы ДМС застрахованные получают перечень медицинских услуг, которые отсутствуют в программе ОМС или оплачиваются, но частично.

Таким образом, медицинское страхование в РФ, несмотря на двадцатилетний период развития, еще находится на стадии формирования: перенимается международный опыт<sup>24</sup> развития систем финансирования здравоохранения, вводятся новые схемы оплаты медицинских услуг. В целом медицинское страхование становится более качественным и доступным.

---

<sup>24</sup>Ковалевская А.С. Страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний: зарубежный опыт / А.С.Ковалевская, О.А.Феоктистова // Финансы. - 2017. - N 1. - С.45-49

Дальнейшее развитие видов медицинского страхования, по мнению автора, будет зависеть от последствий кризиса.

## ГЛАВА 2. ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

### 2.1. Права граждан на получение бесплатной медицинской помощи и реализация защиты данного права

Система ОМС в России развивается уже не один десяток лет, за это время правовое регулирование проводилось на основании большого количества нормативных актов. Длительный период времени российская модель ОМС базировалась на Законе РФ №1499–1, нормы, содержащиеся в данном нормативном акте, закрепляли основу страхования в здравоохранении. По большей части этот закон связан с периодом перемен в системе здравоохранения и в определенный момент данный закон уже не мог регламентировать решение задач, которые нужно было решать на государственном уровне. На современном этапе состояние экономики для многих граждан обернулось снижением уровня доходов, что все более провоцирует рост популярности системы ОМС, основной целью которого стоит обеспечение максимальной доступности медицинских услуг для населения.

В России система ДМС не получила желаемого развития, так как не имела поддержки со стороны государства, которое приоритетным считает развитие бесплатной медицины путем создания условий для системы ОМС.<sup>25</sup> Сама же система ОМС как отрасль обязательного социального страхования обеспечивает держателям полиса равные права на получение бесплатных медицинских услуг. В действующем в настоящее время Законе об ОМС декларируется, что медицинский полис гарантирует бесплатное оказание медицинской помощи на территории всей РФ. Это значит, что граждане оформившие страховой полис могут без всякой боязни обращаться за

---

<sup>25</sup>Бадюков В.Ф. Основы страхования для бакалавров. / В.Ф. Бадюков. – Ростов н /Д., 2013. – С. 158.

медицинской помощью в любом регионе РФ. Данная модель по сути идеальна, казалось только с введением полиса ОМС единого образца, что в первую очередь проявляется во внешнем виде нового документа, который теперь имеет единую форму и степени защиты для всех субъектов страны, вне зависимости какая страховая компания его выдала. Это сделано для того, чтобы не возникали лишние вопросы в медицинских учреждениях о подлинности документа, законности на получение бесплатной медицинской помощи. Тогда как ранее выдаваемые полисы ОМС хоть формально и резко отличались по внешнему виду (размер, цвет, количество информации о застрахованном и т.д., которую определяла сама страховая), но мало кто знал, как и сейчас, медицинскую помощь по ним обязаны были оказывать всем обратившимся за помощью гражданам. Если утрировать, то логика была простая, если при обращении за медицинской помощью предъявлялся полис по внешним признакам отличавшийся от полисов местных страховых компаний, то медицинская помощь предоставлялась, как правило, только на платной основе, за редким исключением тех медицинских организаций, которые строго соблюдали букву Закона.

Каждый человек имеет право на медицинскую помощь в рамках ОМС (и здесь сознательно делается акцент именно на слове «человек», а не «гражданин»), так как в соответствии со ст. 10 Закона об ОМС, право на получение полиса имеют не только граждане РФ, но и иностранные граждане и лица без гражданства, к которым понятие «гражданин» не применимо.

Если провести анализ нормативных актов на уровне регионального здравоохранения, то получается, что по Конституции РФ вопросы здравоохранения являются предметом совместного ведения РФ и ее субъектов – правовое регулирование производится как федеральной, так и региональной властью. Правовые акты федеральных органов исполнительной власти основаны на нормах Конституции РФ и законодательстве федерального уровня и у них нет обязательства ориентироваться на региональные законы; в то же время нет требований в Конституции РФ и

федеральном законодательстве о необходимости соответствия законов субъектов РФ в сфере здравоохранения нормативным правовым актам (далее по тексту – НПА) федеральных органов. Органы региональной исполнительной власти как правило руководствуются как законами субъектов РФ, так и НПА профильных министерств и ведомств. И если выявляется, что имеются два источника правового регулирования, которые не всегда соответствуют друг другу, тогда выбор представляется в пользу более приоритетного НПА.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь фактически обуславливает гарантированную помощь в виде диагностики, лечения. Однако в последние годы, идет процесс формирования рынка медицинских услуг и нередко происходят случаи, когда нарушается и не предоставляется весь объем услуг, прежде всего это связано с финансированием. Поэтому финансово защищенная часть населения получает медицинские услуги на платной основе. Реформа здравоохранения, была необходимостью, так как одной из главных задач является усиление гарантий и прав граждан. Положительным моментом становится появление статуса равноправного субъекта в отношениях связанных с оказанием медицинских услуг. Но с момента вступления в силу Закона об ОМС с 2011 г. в системе правоотношений складывающихся в этой сфере ОМС до сих пор наблюдается низкий уровень правовой культуры населения, потому что имеет место для отдельных видов медицинских услуг недостаточное правовое обеспечение.

Стоит отметить, что на сегодняшний день отсутствуют комплексные исследования по проблемам обеспечения реализации прав граждан, несмотря на то, что уже сформированы и фактически работают организационно-правовые, финансовые и процессуальные механизмы реализации и защиты прав застрахованных лиц.

Появляется необходимость в выработке особых организационно-правовых подходов, которые сформируют новый тип отношений между

участниками, к которым относятся органы, учреждения и организации, в чью непосредственную компетенцию входят вопросы обеспечения прав граждан при оказании бесплатной медицинской помощи, и конечно сами застрахованные в системе ОМС.

Важные правовые аспекты для реализации прав граждан, прописаны в Законе об ОМС. В данном законе декларируется: если наступает страховой случай, то по полису ОМС застрахованному будет оказана бесплатная медицинская помощь на территории РФ в объеме, который устанавливается БП ОМС, а на территории субъекта РФ, в котором был выдан полис ОМС, медицинская помощь будет предоставляться в объеме, который установлен ТП ОМС.

За застрахованным закреплено право осуществить выбор, замену СМО, подав заявление, порядок подачи, которого, установлен Правилами ОМС. Но в законе оговорено, что непосредственно выбор медицинской организации, должен быть произведен только из числа медицинских организаций, которые принимают участие в реализации ТП ОМС в соответствии с Законом об ООЗГ и имеют прикрепленное население для амбулаторно-поликлинического обслуживания по территориально участковому принципу.

Принципиальной новизной Закона об ОМС, является предоставленное застрахованному лицу права на выбор врача. Помимо указанного закона это право находит отражение в ст. 21 Закона об охране здоровья граждан, в приказе Минздрава России от 26 апреля 2012г. № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» (далее – Приказ 407н). Как гласит нормативный акт: «В случае требования пациента о замене лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) пациент обращается к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача». Получается, что право на выбор врача можно реализовать,

подав заявление, с указанием причины замены врача, лично или через представителя на имя руководителя медицинской организации.

Существует право застрахованного лица получать от территориального фонда (далее по тексту — ТФ ОМС), СМО и иных медицинских организаций достоверной информации, касающейся видов, качества и об условиях предоставления медицинской помощи.

Застрахованные в системе ОМС имеют право на возмещение СМО ущерба, который был причинен в связи с неисполнением либо исполнением ненадлежащим образом обязанностей по организации оказания медицинской помощи, несоответствующей требованиям действующего законодательства.<sup>26</sup> В противном случае застрахованный имеет право на то, чтоб медицинская организация либо СМО возместили ущерб, причиненный неисполнением или ненадлежащим исполнением своих обязанностей по оказанию медицинской помощи, которая не соответствует законодательству РФ. Закон об ОМС в части п. 10, ст. 16 гарантирует, что в полной мере застрахованные субъекты имеют право на защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Так же, застрахованные лица для избежания нарушения прав, должны нести обязанности. К обязанностям Закон об ОМС относит: предъявление полиса ОМС при обращении за медицинской помощью (исключение законодатель делает лишь при оказании медицинской помощи в экстренном порядке). Для получения полиса ОМС, застрахованному необходимо лично, либо с оформлением доверенности на представителя, обратиться в выбранную СМО для подачи заявления о регистрации в качестве застрахованного. Застрахованным дано право, как выбрать СМО, так и заменить, но не чаще чем раз в год, также в законе есть исключение по данному поводу: замена страховой может производиться чаще одного раза в год, если застрахованное лицо меняет место жительства, где отсутствует

---

<sup>26</sup> Косаренко Н.Н. Современное страховое право / Н.Н. Косаренко. – М., 2011. – С. 207 .

СМО, в которой он застрахован, такой выбор нужно сделать в течении месяца.

Интересным моментом нового Закона об ОМС, является декларирование законодателем правового статуса самого полиса ОМС - его позиционируют как бессрочный и действующий на территории всей РФ.

На деле же понятие «бессрочный» достаточно относительное. Во-первых, по отношению к иностранным гражданам и лицам без гражданства данное определение полиса в принципе не применимо, так как изначально полис данной категории граждан оформляется по документам имеющим ограниченный срок действия, это вид на жительство выдается на срок 5 лет и разрешение на временное проживание срок действия 3 года.

Право граждан на бесплатную медицинскую помощь, является основой основ в современной системе ОМС, страховые компании производят оплату за оказание медицинской помощи своим застрахованным субъектам, которым вред здоровью был причинен в следствии причинении вреда здоровью, а уже после в судебном порядке возмещают понесенные расходы с лиц виновных в причинении вреда здоровью потерпевшего.

Так в частности, Куйбышевский районный суд, рассмотрев в открытом судебном заседании в г. Омске 12 октября 2017 года дело по иску Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области к З, о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, вынес решение взыскать с З, в пользу Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области расходы на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в сумме №<sup>27</sup>. Аналогичное решение вынес и Нижнеомский районный суд, о взыскании с виновного П. в причинении

---

<sup>27</sup> Решение Куйбышевского районного суда Омской области от 12 октября 2017 г. по делу № 2-4118/2017, по иску Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области к З. [Электронный ресурс] // URL: <http://sudact.ru> (дата обращения: 05.04.2019).

вреда здоровью застрахованному ООО Капитал МС в Омской области (ранее ООО «РГС-Медицина») Н., возмещения понесенных расходов на оказание медицинской помощи.<sup>28</sup> Программа государственных гарантий для граждан РФ гарантирует бесплатную медицинскую помощь и устанавливает единую систему, отвечающую за реализацию гражданами своих прав на получение бесплатной медицинской помощи. СМО оформив застрахованному медицинский полис осуществляет не только оплату оказанной медицинской помощи, но и защиту прав застрахованных, для этого создаются отделы по защите прав застрахованных, юридические отделы, отделы медицинских экспертов, которые в целях защиты интересов, застрахованных могут назначать и производит экспертизы качества оказанной медицинской помощи. Отдел по защите прав, застрахованных СМО принимает также письменные обращения и жалобы от застрахованных, проводит проверки по всем обращениям восстанавливая нарушенное право застрахованных в сфере ОМС.

В период прохождения предбакалаврской практики, используя архивные данные, были изучены материалы обращений граждан и проанализированы действия СМО в ответ на поступившие обращения. Так, например, имеется жалоба от застрахованного Л. на действия ЦРБ, он пишет, что, поступив в указанное медицинское учреждение на дневной стационар, был предупрежден лечащим врачом, что все необходимые лекарственные средства будет приобретать самостоятельно, он не знал, как ему поступить и обратился в страховую компанию за помощью. Рассмотрев жалобу специалисты отдела защиты прав застрахованных и информационного сопровождения ОМС (далее по тексту – специалисты ЗПЗ и ИСОМС), встали на защиту нарушенного права, так как в соответствии с ТП ОМС лекарственное обеспечение граждан, проходящих лечение в стационарах и

---

<sup>28</sup> Решение Нижнеомского районного суда Омской области от 08 февраля 2018 г. по делу № 1-5/2018, по иску от ООО «РГС-Медицина» к П. [Электронный ресурс] // URL: <http://sudact.ru> (дата обращения: 05.04.2019).

дневных стационарах всех типов, производится на бесплатной основе.<sup>29</sup> В результате действий страховой компании, всё необходимое лекарственное обеспечение застрахованному лицу было предоставлено бесплатно.

Следующая жалоба зарегистрирована от застрахованной В., которой врачом терапевтом было выписано направление на прием к офтальмологу, но в регистратуре ответили, что на данный момент офтальмолог уволилась и когда появится другой врач неизвестно, предложили пойти в частную офтальмологическую клинику. СМО встала на сторону застрахованной, так как данный вид медицинской помощи предоставляется бесплатно за счет средств ОМС, в случае если в данном медицинском учреждении нет возможности оказать назначенное обследование, то оно обязано направить пациента в другое медицинское учреждение. Специалисты ЗПЗ и ИСОМС связались с заведующей данной организации и в результате, медицинская услуга застрахованной была предоставлена бесплатно в диагностическом центре г. Омска.<sup>30</sup> Далее изучена суть обращения от законного представителя застрахованного лица Л.(мамы малолетнего ребенка), которая обеспокоена отказом участкового педиатра Г. в ДГП № выдать направления к специалистам для прохождения комиссии в детский сад, так как у её ребенка в два года отсутствует прививочный сертификат. Врач обвинила маму ребенка в утере документа. В результате в ДГП № на имя заведующей П. и обратившейся Л., были направлены письма с разъяснениями по поводу сложившейся ситуации, в которых говорилось, что прививочный сертификат выдается участковым педиатром по месту обслуживания ребенка, а его отсутствие не является основанием для отказа в оформлении ребенка в дошкольное учреждение. В результате ребенку был оформлен прививочный сертификат, данные о ранее проведенных вакцинациях были перенесены в него из амбулаторной карты, ребенок направлен к узким специалистам для

---

<sup>29</sup> Архивные данные отдела ЗПЗ и ИСОМС ООО «Капитал МС» г. Омск, 2018 г.

<sup>30</sup> Архивные данные отдела ЗПЗ и ИСОМС ООО «Капитал МС» г. Омск, 2018 г.

прохождения комиссии.<sup>31</sup>

Также стоит обратить внимание на новшество в Законе об ОМС - это право СМО применить штрафные санкции по отношению к медицинскому учреждению за выявленное нарушение, в частности на обращение в СМО, застрахованного У., который был не удовлетворён качеством лечения, так как уверен, что диагноз и последующее лечение ему проведены ошибочно. Изучив ситуацию СМО провела экспертизу качества медицинской помощи, оказанной в данном лечебно-профилактическом учреждении (далее по тексту – ЛПУ). Медицинскими экспертами был составлен акт результатов экспертизы качества медицинской помощи, который подтвердил факт оказания некачественной медицинской помощи. К ЛПУ были применены штрафные санкции. Застрахованный изъявил желание продолжить лечение в другом ЛПУ. Данное право было реализовано, путем выбора из числа медицинских учреждений, участвующих в реализации ТП ОМС на территории Омской области.<sup>32</sup> Приведенные примеры подтверждают, что СМО, дорожащие своей репутацией на рынке страховых компаний, создают все необходимые условия для того, чтобы их застрахованные могли в полной мере реализовать свое право на доступную, бесплатную и качественную медицинскую помощь.

Кроме основного Закона об ОМС, страховые компании строят свою деятельность по вопросам касающихся прав застрахованных граждан, опираясь на Закон об ООЗГ, ведь именно данный законодательный акт призван определять и регулировать отношения в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Во главе всех правоотношений, складывающихся вокруг понятия «право», с позиций его охраны, стоят принципы, и СМО должны руководствоваться основными принципами охраны здоровья.

---

<sup>31</sup> Там же.

<sup>32</sup> Сайт ООО «Капитал МС» г. Омск [Электронный ресурс] //URL: <https://kapmed.ru/insured/med-org/3996/> (дата обращения: 04.04.2019).

Принципы при их соблюдении, гарантируют, что будут соблюдаться права граждан в сфере охраны здоровья, а также будут обеспечиваться государственные гарантии. Интересы пациентов, охрана здоровья детей, профилактика, ставятся в приоритет при оказании медицинской помощи. Будут соблюдаться гарантии социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья, соблюдение врачебной тайны. СМО должны работать над повышением уровня доступности и качества медицинских услуг.

Пропагандировать недопустимость случаев, когда застрахованным незаконно отказывают в оказании медицинской помощи. Люди должны знать, что СМО, как и органы государственной власти, органы местного самоуправления, осуществляя деятельность в рамках своей компетенции, несут ответственность за обеспечение прав в сфере охраны здоровья. У граждан, застрахованных в системе ОМС, проживающих в частности на территории Омской области, в случае нарушения их прав в данной сфере, есть право обратиться как СМО в которой был получен медицинский полис, в ТФ ОМС Омской области, Министерство здравоохранения Омской области, также они найдут защиту в органах прокуратуры Омской области и наконец у самого страховщика, которым по Закону об ОМС, является Федеральный Фонд ОМС РФ.

На сегодняшний день в реализацию государственной программы в сфере ОМС, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования, из них 2 сформированы в Крымском федеральном округе. Это 49 страховых медицинских организаций и 261 филиал СМО. В 2018 г. численность граждан, застрахованных по ОМС, составила 146,3 млн. человек, из данного числа - 71,8 млн. работающих граждан и 74,5 млн. неработающих граждан.

В ОМС России из общей численности застрахованных СМО на долю 10 наиболее крупных страховых медицинских организаций приходится свыше 82,7% застрахованных, из которых ООО «ВТБ МС» застраховано 23,6 млн. чел., что составляет от общей численности застрахованных (16,4%),

ООО «Капитал МС» застраховано 21,0 млн. человек или (15,0%), ОАО «СК СОГАЗ-Мед» – 18,6 млн. человек (12,9%)<sup>33</sup>.

Медицинскую помощь в 2019 году оказывают 15036 медицинских организация входящих в систему обязательного медицинского страхования.<sup>34</sup>

В Омской области действуют следующие СМО:

1. ООО ВТБ МС;
2. Омский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС»;
3. ООО "Капитал МС" (ранее ООО «РГС-Медицина»).

На примере Омского филиала ООО "Капитал МС" (ранее ООО «РГС-Медицина») в 2019 г. численность застрахованных лиц составила 14,5 %, <sup>35</sup> ООО ВТБ МС – 35,9 %<sup>36</sup> оставшийся процент относится к числу застрахованных ООО «АльфаСтрахование-ОМС».

Гарантии субъекта Омской области в части оказания медицинской помощи гражданам (иным лицам) реализованы Постановлением Правительства Омской области от 16.10.2013 N 265-п (ред. от 26.12.2018), которым утверждена государственная программа Омской области «Развитие здравоохранения Омской области» на 2018 год и на плановый период 2019-2020 гг. (далее по тексту – Программа ТП).<sup>37</sup> В соответствии с данным документом, имеется смысл выделить несколько его пунктов, в части отличий от аналогичных программ иных субъектов РФ. Так, например, на основании пункта 40: «Источники финансового обеспечения Программы

---

<sup>33</sup> Сайт системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/analyst-ratings/ratings/> (дата обращения: 05.04.2019).

<sup>34</sup> Сайт системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/registry/> (дата обращения: 05.04.2019).

<sup>35</sup> Сайт ТФОМС Омской области г. Омск [Электронный ресурс] // URL: <http://www.omsomsk.ru/blog/categories/2019-g> (дата обращения: 05.04.2019).

<sup>36</sup> Там же.

<sup>37</sup> Постановление Правительства Омской области от 16.10.2013 N 265-п (ред. от 26.12.2018) «Об утверждении государственной программы Омской области «Развитие здравоохранения Омской области», «Омский вестник», N 50, 26.10.2013.

устанавливаются из средств федерального бюджета, областного бюджета, ОМС (бюджета Федерального фонда, бюджета территориального фонда ОМС Омской области)». Пунктом 50 установлены нормативы объема медицинской помощи на одного жителя в год, пунктом 54 раскрываются нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. Так, на 1 вызов скорой медицинской помощи из средств областного бюджета - 11 272,8 рубля, из средств ОМС - 2 424,8 рубля, на 1 посещение с целью профилактики и иной целью из средств областного бюджета - 457,8 рубля, из средств ОМС - 493,2 рубля, на 1 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями из средств областного бюджета - 1 327,5 рубля, из средств ОМС - 1 381,8 рубля, на 1 случай госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарах, за счет средств областного бюджета - 78 568,6 рубля, за счет средств ОМС - 32 602,4 рубля и т.д. К 2019-2020 планируется увеличить финансовые затраты ОМС (профилактические цели, амбулаторное посещение) на 100 рублей, средства, которые должен затратить субъект – без увеличения.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС состоит из следующих расходов: на заработную плату (+оплата за ее начисление), прочие выплаты, покупка лекарств, расходных материалов, продуктов, мягкого инвентаря, медицинского инструмента, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, а также оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организация питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), оплата услуг связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, работы и услуги по содержанию имущества, арендная плата за пользование имуществом, оплата программного обеспечения, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, расходы на

приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу (п. 56 Программы ТП).

Таким образом, можно сделать вывод о достаточно «плотном» финансовом обеспечении граждан (иных лиц) бесплатным медицинским обслуживанием, реализуемым за счет территориальных программ, о чем большинство людей, при обращении за помощью и не подозревает, а продолжает считать бесплатную медицину не качественной, использующей самое устаревшее оборудование для лечения, делающей «одолжение», приехав на вызов (здесь подразумевается термин «медицина» в физическом воплощении – физическое лицо), получающей очень маленькое финансирование, из-за чего имеющей возможность нанять только неквалифицированных специалистов и тому подобное<sup>38</sup>.

Реализация прав, застрахованных на бесплатную медицинскую помощь в полной мере находит свое отражение в новой редакции Закона об ОМС, который своей главной задачей ставит усиление прав застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, который установлен БП ОМС.

## 2.2. Проблемы реализации обязательного медицинского страхования на практике

Прежде всего, институт страхования призван обеспечивать стабильность в обществе. Данная цель государством усматривается в создании благоприятных условий для развития ОМС, которое в настоящее время формируется как приоритетный государственный проект. Но несмотря на все создаваемые условия, до сих пор в России недостаточно прогрессирует база для развития страхования, система здравоохранения, которая находится

---

<sup>38</sup>Архипов А.П. Можно ли обойтись без единой системы медицинского страхования? // Финансы. - 2018. - N 1. - С.34-38.

в состоянии некой неопределенности и по мнению страхователей, которые непосредственно работают в рамках нового законодательства об ОМС, состояние близко к кризисному.

Наше государство в определённой степени позаботилось о своих гражданах и позволило им получить право на оказание бесплатной медицинской помощи путем введения в России вида социального страхования, которое стало обязательным для всех граждан и доступным гражданам других государств, а также лицам без гражданства, при наличии у последних документов, подтверждающих право на оформление медицинского полиса. Однако, несмотря на все приложенные усилия, система ОМС не способна в полной мере обеспечить людей качественными и доступными медицинскими услугами. Наиболее дорогие операции и лечение приходится гражданам оплачивать из личных средств.

Существует мнение, что бесплатное здравоохранение является «величайшим обманом XX века»<sup>39</sup>, так как медицинские учреждения не могут работать бесплатно и за оказанную медицинскую помощь в любом случае кто-то платит, конечно в данном выражении речь не идет об отказе от бесплатной медицины, но автор подчеркивает, что для предоставления полного объема бесплатных медицинских услуг у государства средств не достаточно, проблема осложняется сложной экономической ситуацией в стране и справится ли бюджет Федерального Фонда ОМС (далее по тексту – ФФ ОМС), который в совокупности с бюджетами ТФ ОМС в регионах, является частью бюджетного устройства государства<sup>40</sup> (и по большей части основной вид деятельности - это аккумуляция денежных ресурсов), с нагрузкой большой вопрос. Изначально, при принятии нового Закона об ОМС, законодателем в ст. 9 данного закона, ФФ ОМС определен как субъект

---

<sup>39</sup> Марченко Н. Бесплатное здравоохранение – величайший обман XX века / Н. Марченко // Медицинская газета. – 2012. – № 5. – С. 9.

<sup>40</sup> Пешкова Х.В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России / Х.В. Пешкова // Медицинское право. – 2014. – № 12. – С. 31.

ОМС, сделано это намеренно, так как ФФ ОМС фактически стал «страховщиком», а «страховщиком» он стал, чтобы сохранить участие страховых медицинских компаний в системе ОМС России. Вполне понятно, возникает вопрос, кто до сих пор был страховщиком в системе ОМС России? Лишь на основе анализа действующего Закона об ОМС, становится очевидной одна из проблем современной системы ОМС, в новом Законе об ОМС термин «страховщик» отсутствует. Получается, что на основании ст. 12 Закона об ОМС, Федеральный Фонд ОМС страховщиком является только в рамках реализации базовой программы ОМС и является лишь некой некоммерческой организацией, которую государство создало для реализации государственной политики в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Многое становится ясным, если для большей наглядности провести аналогию с Пенсионным Фондом Российской Федерации (далее по тексту – ПФР). Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», в ст. 5 гласит: «Обязательное пенсионное страхование в Российской Федерации осуществляется страховщиком, которым является Пенсионный фонд Российской Федерации...».<sup>41</sup> Из закона следует ПФР и его территориальные органы представляют собой единую централизованную систему управляющую средствами обязательного пенсионного страхования в РФ, в ней нижестоящие органы подотчетны вышестоящим. В данном законе строго регламентировано правовое положение ПФР и его территориальных органов (аналоги ТФ ОМС), которые являются, как и ПФР страховщиками. Тогда как, в ст. 9 Закона об ОМС понятие «страховщик» отсутствует, субъектами закон определил только застрахованных лиц, страхователей и ФФ ОМС (не определив его как официального страховщика в системе ОМС), а

---

<sup>41</sup>Федеральный закон от 15.12.2001 N 167-ФЗ(ред. от 11.12.2018) «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», «Собрание законодательства РФ», 17.12.2001, N 51, ст. 4832, «Парламентская газета», N 238-239, 20.12.2001, «Российская газета», N 247, 20.12.2001.

участниками назвал ТФ ОМС, страховые компании и медицинские организации. На деле функции страховщика выполняют: ФФ ОМС, ТФ ОМС и страховые медицинские организации. Тогда вполне обоснованно возникает второй вопрос: «Кто понесет ответственность, если функции страховщика реализованы ненадлежащим образом?», явно нужна конкретика. Так же парадокс заключается в том, что для ФФ ОМС наличие лицензии не требуется, а для страховых компаний, не являющихся страховщиками, ее наличие обязательно.

Следующим проблемным моментом при реализации ОМС на практике, является отсутствие понятия «договор страхования» в системе ОМС, ведь только заключенный договор страхования между страхователем и страховщиком, определяет права, обязанности и ответственность сторон, что на современном этапе развития ОМС, сделать не представляется возможным.

Следующая проблема, носит массовый характер, так как охватывает целый комплекс прав, данных застрахованному лицу, и в тоже время пациенту. Дело в том, что в ст. 16 Закона об ОМС, законодателем, действующим в интересах, застрахованных и пациентов предпринята попытка расширить объем прав пациентов, декларировав, что пациент застрахованный в системе ОМС России имеет право тройного выбора: СМО, медицинской организации, а также врача, не чаще одного раза в год. Ст. 21 Закона об ООЗГ, более конкретизирует право на выбор врача, уточняя, что право реализуется с учетом согласия самого врача. Так как с вступлением в силу Закона об ОМС финансовое вознаграждение врачей зависит от объема оказанных услуг, согласие врача явление ожидаемое, но сами услуги при этом не всегда бывают оказаны на должном уровне.

Проблема применения данной нормы, стала очевидной при изучении обращений граждан, в период прохождения предбакалаврской практики. Люди обращались с жалобами, выражали недовольство качеством оказываемой медицинской помощи врачами, к которым они прикрепились, реализовав право на выбор путем написания на имя руководителя

медицинской организации заявления о прикреплении, как того требует Закон об охране здоровья граждан, по алгоритму, прописанному в Приказе 407н. Конкретно некоторые из жалоб содержали информацию, об отказах врачей посещать прикрепленных пациентов на дому в период болезни, в следствии, застрахованные требовали заменить врача.

Страховая организация, изучив обстоятельства жалоб, в данных конкретных случаях действуя в рамках действующего закона, вынужденно констатировали, что право выбора в текущем году, пациентом уже реализовано, чаще данный выбор можно осуществлять, только в случае изменения места жительства. Получается, что главной нерешенной проблемой при реализации данного права, является – кратность выбора. Пациенту при этом нужно определиться либо он все же реализует право выбора врача и самостоятельно посещает поликлинику, либо остается у того врача, который работает на его участке. Так же при этом возникает параллельная проблема, которая выражена в отсутствии фактической возможности выбора, право тяжело реализовать на практике, тем более жителям отдаленных сел и деревень. Это связано с отсутствием должного количества медицинских учреждений в шаговой доступности к месту проживания, кадровым дефицитом в здравоохранении и ограниченным количеством узкопрофильных специалистов в медицинских учреждениях. Все вышеперечисленные факторы негативно влияют на правоприменительную практику.

Страховые компании на практике, работая в рамках Закона об ОМС, который в части ст. 16 гарантирует право оказания им бесплатной медицинской помощи по полису ОМС, на территории всей РФ, на деле сталкиваются с множеством жалоб от своих застрахованных на отказы в бесплатном обслуживании полису ОМС в других регионах России. Так за период с января 2018 года по декабрь 2018 года страховая компания

зарегистрировала 10 367 обращений и жалоб,<sup>42</sup> которые поступали как в письменном виде, так и по телефонам бесплатной горячей линии. Содержания жалобы от застрахованной Л.: «...приехав погостить к родственникам в город Краснодар, через некоторое время почувствовала легкое недомогание, думала пройдет, но позже поднялась температура. Я по совету сестры обратилась в поликлинику по месту пребывания. Отстояв очередь в регистратуру, я предоставила паспорт и полис ОМС, получила отказ, талон к доктору мне не выписали. Недоброжелательная регистратор сказала, что впервые слышит о такой страховой компании, оплаты по такому полису, наверное, не будет, а доктор не обязан работать бесплатно. Посоветовала пойти на платный прием к терапевту. Поскольку медицинская помощь мне была необходима, а самолечение я не практикую, я была вынуждена оплатить в кассе поликлиники 826 рублей 90 копеек (чеки прикладываю). Теперь, когда я вернулась в город Омск, решила обратиться в страховую компанию, которая мне выдала полис с жалобой на действия персонала ГП № г. Краснодар и требую возместить мне средства, потраченные на платный прием.»<sup>43</sup> Данное обращение, как и все поступившие за указанный период не осталось без внимания.

Услуга входит в БП ОМС, поэтому страховая компания направила от имени застрахованной в адрес ГП № г. Краснодара письменную претензию о возврате необоснованно потраченных денежных средств на оплату медицинской помощи в рамках ОМС, ГП в полном объеме возместила застрахованной денежные средства, потраченные на платный прием. Получается, что нормативно механизм расчетов в таких ситуациях предусмотрен и специально внесен в Закон об ОМС, сделано это, чтобы подобные трудности не возникали у пациентов в медицинских организациях на территории других регионов, законом установлено, что счет за оказанную

---

<sup>42</sup> Архивные данные отдела ЗПЗ и ИСОМС ООО «Капитал МС» г. Омск, 2018 г.

<sup>43</sup> Там же.

медицинскую помощь предъявляется в местный территориальный фонд ОМС, а он выставляет счет территориальному фонду того региона, где оформлен медицинский полис. Закон установил строгие сроки взаиморасчетов – 25 дней. Но на деле, когда застрахованный оказывается в другом регионе с полисом ОМС, выданным в его регионе, получается, что у его страховой компании не заключен договор на оказание медицинских услуг с медучреждениями данного региона, следовательно будет ли произведена оплата за оказанную медицинскую помощь неизвестно, это и провоцирует подобные случаи, когда граждан с полисом на руках склоняют оплатить на месте стоимость приема врача, либо иную медицинскую услугу, за исключением случаев, когда медицинская помощь оказывается в экстренном порядке.

В итоге только на первый взгляд кажется, что статья в полной мере защищает права пациента и действует на практике. Но это не всегда так. Каждый пациент прежде всего, должен быть уверен, что закрепленные за ним права на доступную и качественную медицинскую помощь, будут реализованы им в случае необходимости.<sup>44</sup> Любой нормативный акт, регламентирующий систему ОМС и здравоохранение России в целом, за основу берет охрану здоровья, права пациента и стремится создать условия для возможности оказывать доступную и качественную медицинскую помощь. И несмотря на то, что ст. 4 Закона ООЗГ, принципом охраны здоровья граждан называет доступность медицинской помощи как один из основных, он не всегда работает.

Охрана здоровья включает в себя большой объем смысловой нагрузки и в первую очередь это создание благоприятных условий для пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, стабильно функционирующая система профилактических мер, а также информирование населения. Только информированный пациент способен в полной мере иметь представление о

---

<sup>44</sup> Каменева З.В. О правовой природе отношений пациентов с медицинскими организациями / З.В. Каменева // Адвокат. – 2013. – № 12. – С. 18.

правах, способах их реализации и при необходимости защиты нарушенного права.

Человек как бы это не звучало, является носителем здоровья. Поэтому отсутствие необходимой, достоверной информации о медицинских организациях, врачах, их уровне образования, квалификации, стаже работы и т. д. является весомой проблемой при реализации права на качественную медицинскую помощь для застрахованных лиц в системе ОМС России. Назрела вполне реальная необходимость в серьезном переосмыслении и поиске новых организационно-правовых путей. По данным Счетной палаты РФ, анализ состояния системы здравоохранения определил, что реформа системы здравоохранения показала свою низкую эффективность, все проведенные оптимизации и реорганизации призванные повысить уровень оплаты труда врачей привели не только к увеличению нагрузки на специалистов, что существенно затрудняет реализацию прав застрахованных на выбор врача, но и в целом привело к сокращению количества больниц и численности работников. Так же произошел рост внутрибольничной летальности больных. В итоге все привело к снижению доступности медицинских услуг, особенно в сельских регионах, произошло сокращение количества фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), жителям села за медицинской помощью приходится ехать в город или районные центры. По сравнению с данными за 2013 год произошел рост количества оказанных платных услуг медицинскими организациями на 24,2%<sup>45</sup>. Коллегия Счетной палаты выявила бессистемное установление размера оплаты стоимости лечения. Во многих регионах вообще отсутствуют перечни льготных лекарств, которые должны продаваться населению со скидкой. Выявлено, что в ряде других регионов не проводятся профилактические мероприятия по формированию здорового образа жизни. Также вскрылось занижение нормативов объема медицинской помощи и

---

<sup>45</sup>Марченко Н. Бесплатное здравоохранение – величайший обман XX века / Н. Марченко // Медицинская газета. – 2012. – № 5. – С. 95.

финансовых затрат в утвержденных программах ОМС, что в итоге привело к дефициту средств в системе здравоохранения.

Все вышеизложенные нарушения происходят по причине отсутствия утвержденных стандартов медицинской помощи, отсутствия их стоимости и на этом фоне отсутствие внятных программ оказания доступной для населения бесплатной медицинской помощи. И если на фоне общего снижения уровня доступности медицинской помощи для населения растет количество платных медицинских услуг, говорит все это о том, что застрахованные лица, получив полис ОМС, по-прежнему не информированы об услугах, оказываемых бесплатно по полису ОМС. Данная проблема признана председателем ФФ ОМС Н.Н. Стадченко, который констатировал факт малой информированности застрахованных, о том, на что именно они имеют право, как должна защищать их интересы страховая компания<sup>46</sup>.

Плачевной реальностью, с которой сталкиваются застрахованные в сфере ОМС при реализации права на получение бесплатной и качественной медицинской помощи, это проблема соотношения понятий «бесплатно» и «качественно». Стереотип бесплатно, значит не всегда качественно у российских граждан закреплен на уровне менталитета. И как следствие неправомерное взимание платы медицинской организацией за медицинские услуги, которые входят БП ОМС и должны предоставляться бесплатно по полису ОМС. Но на деле довольно часто оказав медицинскую услугу организация подает счет на оплату в страховую компанию, параллельно склоняя пациента под разными предлогами к получению этой же услуги на платной основе.

В конечном итоге это приводит к двойной оплате за одну и ту же медицинскую услугу, что только лишний раз является подтверждением не информированности населения в области страхования и оказания услуг, а

---

<sup>46</sup> Пешкова Х.В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России / Х.В. Пешкова // Медицинское право. – 2014. – № 12. – С. 23.

также указывает на проблему недофинансирования системы здравоохранения. Следствиями дефицита финансирования здравоохранения являются проблемы, которые проявляются в том, что конституционные гарантии бесплатной медицинской помощи фактически носят декларативный характер, так как являются следствием несбалансированности государственных обязательств и непосредственно финансовых возможностей по их реализации. Это в свою очередь провоцирует рост уровня теневой оплаты медицинских услуг для населения.

Качество оказываемых населению медицинских услуг зависит от нескольких факторов, среди которых можно выделить несколько существенных: это и нехватка квалифицированных специалистов, низкий уровень оплаты труда, крайняя степень изношенности медицинского оборудования, отсутствие стимулов у медицинских работников. Поэтому посещая наши медицинские организации люди, чувствуют свою незащищенность, и страдают от различных сборов и непрофессионального отношения. К тому же проведенная традиционная «прямая линия» с президентом Владимиром Путиным 7 июня 2018 года, по обращениям населения показала существование проблем в здравоохранении, трудности с лекарственным обеспечением инвалидов лекарственными препаратами входящих в список жизненно необходимых, люди обеспокоены ростом платной медицины.

Можно заметить, что основные интересы застрахованного лица хоть и поставлены во главу угла системы, но не являются тем центром, вокруг которого должны строиться отношения других участников. По статистике, которая была изучена в период прохождения предбакалаврской практики в СМО г. Омска, можно сделать вывод, что с начала 2019 г. примерно 30% обращений застрахованных это жалобы на медицинские учреждения, из них около 40% жалоб на неоказание, несвоевременное или некачественное оказание медицинской помощи, около 25% составляют жалобы на взимание денег за услуги, которые должны по полису ОМС предоставляться

бесплатно, остальные содержат жалобы на грубое обращение медицинского персонала<sup>47</sup>. Большинство проблем, возникающих у застрахованных в системе ОМС граждан при реализации прав на бесплатную и качественную медицинскую помощь, возникает в СМО которые оформили им полис ОМС. Основной задачей для СМО является прибыль, при подушевом финансировании, главной ставится цель больше застраховать, а интересы застрахованных порой отходят на второй план и вся деятельность так называемого страховщика, по сути сводится лишь к выдаче полисов ОМС. В системе медицинского обслуживания место, роль и функции системы ОМС для населения остаются непонятными. Таким образом, получается, что на сегодняшний день существует большое множество проблем, которые не позволяют гражданам, застрахованным в системе ОМС России в полной мере пользоваться всеми предписанными Законом об ОМС правами и реализовывать их при получении медицинской помощи.

### 2.3. Совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании в России

Система ОМС России должна развиваться так же динамично, как происходят изменения в стране, система должна отвечать требованиям общества. На современном рынке компании, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования должны выстраивать свою работу так, чтобы она способствовала решению социальных задач государства.

В таких условиях развитие медицинского страхования должно быть направленно на реализацию и создание мер по страховой защите населения.

На уровень развития ОМС России влияют множество факторов, однако несмотря на осложненное социально-экономического положения в стране,

---

<sup>47</sup> Отчетные данные отдела ЗПЗ и ИСОМС ООО «Капитал МС» г. Омск, 2019 г.

которые неразрывно связаны с происходящими в мире событиями, Правительство РФ все же должно уделять должное внимание решению проблем системы здравоохранения и всячески законодательно поддерживать ее развитие и стабильное функционирование, а также принимать меры по осуществлению контроля за исполнением законов, регламентирующих ОМС в России. Достичь выше изложенные цели государство может путем внедрения Национальных проектов, которые должны быть направлены на социальную защиту населения, обеспечение достойного уровня здравоохранения. Происходящая девальвация рубля замораживает инвестиционные программы в здравоохранении, что также происходит не во благо пациентов. Особая роль в достижении поставленных целей отводится системе ОМС, так как именно она призвана в условиях снижения реальных доходов населения стать важнейшим направлением реализации социальной политики государства, позволяющим обеспечить страховую защиту населения РФ.

Ухудшение оказания медицинских услуг для жителей отдельных регионов страны во многом зависит от материальной обеспеченности данного региона, проявляется она как правило в содержании положений ТП ОМС на территории данного субъекта. Но одно должно быть единым по всей стране, это деятельность СМО, которые должны быть заинтересованы не только в количестве застрахованных, но и в качестве их обслуживания. Учитывая выявленную проблему с понятием «страховщик», где в ст. 12 Закона об ОМС ФФ ОМС является страховщиком только в рамках БП ОМС, законодателю следует задуматься над сложившейся ситуацией и для решения вышеизложенной проблемы, решением может стать внесение изменений в п.1 ст.9 Закона об ОМС, где вместо субъекта ОМС «Федеральный фонд» внести «страховщик», с внесением данных изменений, функции страховщика на законном уровне станут выполнять:

- 1) страховщик – Федеральный Фонд ОМС;
- 2) Территориальный Фонд ОМС;

### 3) Страховые организации.

В систему ОМС, после определения круга страховщиков, необходимо вернуть договорные отношения между страхователем и страховщиком, где будут прописаны все права и обязанности сторон, тогда в случае выполнения страховщиком своих функций ненадлежащим образом, страхователь сможет привлечь его к ответственности. Одной из гарантий реализации прав граждан в сфере здравоохранения остается возможность пациента предъявить иск к СМО и медицинской организации. Регулируются данные отношения законодательством о защите прав потребителей. Данные услуги для потребителя (пациента) предоставляются бесплатно, потому что оплачиваются из средств ОМС. Предложенные изменения станут стимулирующим инструментом для более качественной работы в частности СМО, так как именно страховая компания является первой ступенью в отношениях со страхователем, который в целях защиты нарушенного права сможет предъявить иск непосредственно к страховщику.<sup>48</sup>

В действующей редакции Закона об ОМС п.8, ст.14 гласит, что СМО отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере ОМС, в соответствии с законодательством РФ и условиями этих договоров. Данная формулировка звучит очень неконкретно и размыто. Более конкретной она будет, если внести изменения в данную статью применив следующую формулировку: «...отвечают по своим обязательствам собственными средствами страховой медицинской организации». Что также благотворно повлияет на работу СМО в интересах своих застрахованных. На сегодняшний день понятие «договор» применимо только в отношении СМО и медицинской организации при определении обязательств по оплате и оказанию медицинской помощи по ОМС.

Следующей проблемой, обозначенной для решения, является кратность

---

<sup>48</sup>Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» «Российская газета», N 156, 11.07.2012, «Бюллетень Верховного Суда РФ», N 9, сентябрь, 2012, «Обязательное медицинское страхование в РФ», N 5, 2012.

выбора застрахованным врача, медицинской организации и самой СМО, которая в действующем законе равна одному разу в год. Если внести изменения в соответствующие статьи Закона об ОМС и Закона ООЗГ и предоставить право застрахованному выбирать не ограничивая его в количестве раз (понятно, что количество раз реализации права выбора, не будет выходить за рамки разумного), это приведет к более внимательному отношению к пациентам и скажется на качестве оказываемых услуг, так как медицинские организации и СМО будут понимать, что неудовлетворенный качеством их работы пациент (клиент) может уйти в другое медицинское учреждение либо СМО, а не будет привязан к ним на целый год, как это происходит сейчас.

Большое количество отказов в оказании бесплатной медицинской помощи по полису ОМС застрахованным приехавшим из других регионов, препятствует доступности реализации БП ОМС в России. Проблему можно решить, только законодательным путем, применяя меры гражданско-правовой ответственности как к СМО, так и медицинским организациям, наказывая виновные организации за подобное отношение к пациенту. Первое что должен предпринять пациент, застрахованный в системе ОМС при возникновении спорных ситуаций, это обратиться в СМО оформившее ему полис ОМС, по номеру бесплатной горячей линии, которую обязали иметь все СМО. И дальнейшее развитие событий будет зависеть от работы страховой компании, которая должна действовать в интересах своего застрахованного и в целях реализации политики государства.

Стоит предположить, что решающую роль в реализации государственной политики в системе ОМС, может сыграть мотивирование СМО комплексом экономических стимулов, в целях обеспечения реализации прав, застрахованных и повышение тем самым качества оказываемой медицинской помощи. Если на законном уровне установить порядок поощрения СМО, которое будет зависеть от: наличия жалоб на данное СМО, показателя здоровья граждан, застрахованных в данной СМО, количества

проведенных экспертиз качества медицинской помощи, оказанной ЛПУ застрахованным.

Предложенная система стимулирования должна побудить страховые организации способствовать проведению профилактических мероприятий в ЛПУ, контролировать качество оказываемой медицинской помощи, информировать застрахованных об их правах в сфере здравоохранения, способствовать реализации и защите прав. В проблеме информирования граждан, решением будет создание Министерством здравоохранения РФ либо ФФ ОМС РФ единого информационного портала в сети Интернет, который будет предоставлять всю необходимую информацию от медицинских учреждений России; об их деятельности, о работающих в них специалистах, сведения об образовании и квалификации врачей, отзывы пациентов, рейтинг врачей, информацию о количестве прикрепленного населения на участок к определенному врачу, а также актуальную информацию о правах пациентов и т.д.

Создание единого информационного портала поможет коренным образом изменить правовое положение граждан, застрахованных в системе ОМС России, так к примеру, при реализации права на выбор медицинского учреждения либо врача, возникает необходимость получения информации о данном медицинском учреждении, либо враче, которая поможет принять правильное решение. На официальном сайте ФФ ОМС размещен реестр СМО реализующих государственную программу социального страхования в России, каждая страховая компания должна проводить работу по информированию застрахованных об их правах и обязанностях в ОМС. Для этого необходимо изготавливать информационные плакаты, стенды, памятки и размещать эту информацию в общедоступных местах. Периодически выпускать печатные издания (газеты, журналы). Например, в Омской области существует газета «Обязательное медицинское страхование в Омской области» учредителем которой является ТФ ОМС Омской области, но выпускается она очень редко и малым тиражом.

Решение выявленных проблем позволит добиться такой системы медицинского страхования, которая будет соответствовать возрастающему уровню потребностей населения.

Меры, принятые в сфере ОМС должны повлиять на рост объемов страховых операций, что приведет к повышению ответственности страховых организаций за исполнение возложенных на них обязательств.

Для России развитие системы ОМС зависит от решения ряда взаимосвязанных политических, юридических, экономических, социальных и организационных задач. Государство в вопросах правового регулирования не стоит на месте. Пытаясь создать принципиально новую систему ОМС, внедрил «институт» страховых представителей, на стадии апробирования проект «телемедицина», являющийся мониторингом здоровья на расстоянии. Новая система по задумке должна способствовать привлечению дополнительных средств и поспособствует формированию у населения бережного отношения к здоровью. В целях повышения значимости медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, с января 2015 года все жители страны после посещения поликлиники и при выписке из стационара могут получить на руки справку о стоимости услуг, которые были оплачены из государственных средств. Здесь можно провести аналогию с частной медициной, в которой пациенту выставляется счет за медицинскую услугу.

Модель ОМС, которая на сегодняшний день функционирует в России не идеальна и имеет множество нерешенных проблем, но все же важна для населения, так как является формой социального страхования, поэтому достаточно обоснованным будет предложение объединить систему ОМС с системой социальной защиты населения, данный шаг приблизит страховые организации к населению, акцентирует внимание страховых компаний на социальной направленности их деятельности и благоприятно скажется на качестве предоставляемых медицинских услуг, а также возможно сделает медицину доступной более широкому кругу потребителей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная система ОМС призвана обеспечить для общества гарантии стабильности и безопасности в социальной сфере, как видно из историко-теоретического аспекта, современное законодательство развивается по спирали, доказывающей, что и сегодня основной проблемой благополучия социальной сферы остается зависящая от системы ОМС, проблема более широкой доступности бесплатных и качественных медицинских услуг для населения РФ.

Понимание качества оказанной медицинской помощи для пациентов российской системы здравоохранения довольно относительно, так как большинство потребителей медицинских услуг не владеют специальными знаниями и не могут оценить уровень медицинской услуги оказанной им, договор, где могли быть прописаны все нюансы взаимоотношений по вопросу предоставления услуг с указанием ожидаемого результата между пациентом и медицинским учреждением, не заключается, и поэтому, в последствии, услуга для пациента сегодняшней системы ОМС считается оказанной качественно, независимо от того удовлетворен ли он ею либо нет. Поэтому отдельная категория граждан предпочтение отдает платной медицине.

Медицинские организации имеют право оказывать медицинские услуги на платной основе, но не нанося ущерб программам ОМС, которое является важнейшей составляющей в системе охраны здоровья граждан, создавая условия для получения медицинской помощи. Всеобщий характер системы ОМС в России закреплен законодательно на государственном уровне, осуществляется через законодательные и исполнительные органы. Обеспечить застрахованных в системе ОМС равными гарантированными возможностями на получение медицинской, лекарственной и профилактической помощи бесплатно за счет государственных средств - вот главная задача правового регулирования современной системы

здравоохранения, а конкретно системы ОМС России. Но на сегодняшний день современная система ОМС окрашена печальными реалиями, так как можно констатировать, что основной функцией страховых компаний является оплата счетов из медицинских учреждений за оказанную медицинскую помощь, что приводит к выводу о реальной деятельности данных СМО проявляющих свою значимость только на последнем этапе реализации программ ОМС.

В процессе исследования было выявлено и более подробно описано выше, что в современной системе ОМС России отсутствует понятие «страховщик», Федеральный Фонд ОМС на основании ст. 12 Закона об ОМС страховщиком является только в рамках реализации базовой программы ОМС и по сути является некоммерческой организацией созданной государством для реализации государственной политики в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Рациональным решением выявленной проблемы будет предложение о внесении изменений в ст. 9 Закона об ОМС, где «Федеральный фонд» следует заменить понятием «страховщик».

С внесением предложенных изменений на законном уровне функции страховщика будут возложены на Федеральный фонд ОМС и соответственно Территориальный фонд ОМС, а также на страховые компании.

После определения круга страховщиков, предлагается законодательно вернуть договорные отношения между страхователем и страховщиком, данная мера станет мотивирующим и стимулирующим инструментом для более качественной работы всех субъектов страхования. В противном случае, при не выполнении страховщиком своих функций либо при выполнении, но ненадлежащим образом, страхователи смогут предъявлять обоснованные иски.

Страховые компании в системе ОМС являются связующим звеном в правоотношениях с потребителями медицинских услуг, поэтому для повышения ответственности страховых компаний предлагается внести

изменения в п.8 ст. 14 Закона об ОМС, которая в действующей редакции гласит, что страховые медицинские организации отвечают по обязательствам возникающим из договоров, заключенных в сфере ОМС (в данном конкретном случае договор имеет место быть только между страховой организацией и медицинским учреждением на оказание медицинских услуг в определенном объеме, за установленную плату, но не с застрахованными лицами), проблемой видится размытость и неконкретность формулировки. Для решения выявленной недоработки, предлагается внести изменения в п. 8, ст. 14 анализируемого Закона, а именно: «...отвечают по своим обязательствам собственными средствами страховой медицинской организации». Предполагается, что внесенное изменение благотворно повлияет на работу страховых компаний в интересах своих застрахованных.

Анализ обращений граждан в отдел защиты прав застрахованных, проведенный за время прохождения предбакалаврской практики в медицинской страховой компании, показал наличие пробелов и недоработок в действующем законодательстве. Одной из наиболее важных, является проблема кратности выбора (один раз в год) пациентом врача, как участкового, так и лечащего, выбор и замена страховой компании и медицинского учреждения. Как правило застрахованные граждане обращались с жалобами на качество оказанной медицинской помощи (услуги), хамство, невнимание, отказы в обслуживании по полису обязательного медицинского страхования, взимание платы и т.д. Предлагается для решения выявленных проблем на законном уровне предоставить гражданам на основании обоснованного заявления реализовать право на замену и выбор чаще одного раза в год. Эта мера побудит медицинские учреждения к более внимательному отношению к пациентам и скажется на качестве оказываемых услуг, также как и страховые организации данные учреждения будут понимать, что неудовлетворенных качеством их работы пациент (клиент) может уйти в другое медицинское учреждение (страховую компанию) так как не будет «привязан» к ним на целый год, как

это происходит сейчас. Стоит предположить, что если разработать на государственном уровне комплекс экономических стимулов, к примеру установить порядок и размер материального поощрения страховых компаний и медицинских учреждений в зависимости от количества жалоб, показателя здоровья граждан, количества проведенных экспертиз качества медицинской помощи и т.д., то это поспособствует решению многих выявленных недоработок и станет стимулирующим инструментом.

Большое количество нарушений в системе правового регулирования обязательного медицинского страхования России связаны с низким уровнем информированности населения, а также с нехваткой квалифицированных кадров владеющих информацией и способных к её практическому применению. В первом случае решением проблемы станет предложение по созданию Министерством здравоохранения Российской Федерации либо Федеральным фондом обязательного медицинского страхования единого информационного портала в сети Интернет, который будет содержать всю необходимую информацию о медицинских учреждениях России, о врачах, рейтинги медицинских учреждений и врачей (сведения об образовании, квалификации), а также информацию о страховых компаниях, отзывы пациентов (клиентов), правовую информацию и т.д. Во втором случае необходимо разрабатывать обучающие программы, в этом направлении на сегодняшний день уже ведется работа и перед Министерством здравоохранения стоит цель сформировать профессионально компетентный административно-управленческий персонал для работы в медицинских организациях субъектов РФ с учетом современных социально-экономических условий. Уровень знаний полученный данными специалистами, станет залогом для успешной реализации политики государства в сфере здравоохранения во всех субъектах РФ<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup>Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации инициировало масштабный проект по подготовке управленческих кадров в здравоохранении [Электронный ресурс] //URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news> (дата обращения: 04.04.2019).

Все выше изложенные предложения призваны помочь в решении выявленных проблем системы медицинского страхования, государство не стоит на месте и в вопросах правового регулирования пытается создать принципиально новую систему обязательного медицинского страхования. Все названные проблемы в функционировании системы ОМС, показали несовершенство в правовом регулировании. Полагается, что предложения по внесению изменений в нормативные акты, регламентирующие функционирование ОМС, способны решить ряд серьезных проблем.

Политика государственного регулирования направлена на усовершенствование системы ОМС, постоянный мониторинг сферы здравоохранения позволяет выявлять все имеющиеся недостатки и разрабатывать для их устранения целые комплексы правовых и социально-экономических мероприятий.

В этом направлении необходимо на государственном уровне создание системы перспективного планирования, в которой, выделив для начала первоочередные приоритетные составляющие для развития системы ОМС, впоследствии можно добиться положительных изменений всей системы здравоохранения в целом. Данное предложение имеет большую практическую значимость в сфере совершенствования всей системы российского здравоохранения. Изучая проблемы отдельных регионов, необходимо разработать инновационные программы для развития общероссийской системы здравоохранения. Уже сегодня, для того чтобы обеспечить не только текущие, но и перспективные потребности социально-экономического развития РФ, Министерство здравоохранения РФ разработало проект подготовки управленческих кадров в здравоохранении.

Определив направления для дальнейшего исследования и для достижения успеха всех начинаемых преобразований необходимо изучение всех недостатков системы для поиска путей совершенствования, которые позволят достичь четко налаженной и стабильно функционирующей системы ОМС, что обеспечит социальное благополучие всего населения России.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 г. № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 г. № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. – № 31. – Ст. 4398.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): федеральный закон от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. ФЗ от 03.08.2018 г. №339-ФЗ) // Российская газета. – 1994. – 08.12. – № 238-239.
3. Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 (ред. от 27.12.2018 г. № 528-ФЗ) «О беженцах» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.12.2018) // Российская газета. – 1997. – 03.06. – № 126.
4. Федеральный закон от 31 декабря 1997 г. № 157-ФЗ (ред. от 28.11.2018 г. № 182-ФЗ) О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О страховании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 28.11.2018) // Российская газета. – 1998. – 04.01. – № 1.
5. Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. № 305-ФЗ) «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел российской федерации, сотрудников учреждений и органов уголовно - исполнительной системы» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.07.2016) // Российская газета. – 1998. – 07.04. – №13.
6. Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ (ред. от 01.12.2014 г. № 501-ФЗ) «Об основах обязательного социального страхования» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.12.2014) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3686, 2014.

– № 49 (часть VI). – Ст. 6916.

7. Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 167-ФЗ (ред. от 11.12.2018 г. № 462-ФЗ) Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 11.12.2018) // «Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 51. – Ст. 4832.

8. Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г. № 528-ФЗ) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.12.2018) // Российская газета. – 2002. – 31.07. – № 140.

9. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ (ред. от 31.12.2017 г. № 498-ФЗ) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2006. – № 31 (часть I). – Ст. 3451.

10. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г. № 511-ФЗ) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.12.2018) // Российская газета. – 2010. – 14.04. – № 78.

11. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019 г. № 6-ФЗ) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.02.2019) // Российская газета. – 2010. – 03.12. – № 274.

12. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019 г. № 18-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.03.2019) // Российская газета. – 2011. – 23.11. – № 263.

13. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (вступ. в силу с 01.01.2019) //

Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 51 – Ст. 8013.

14. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н (ред. от 11.01.2017 г. № 2н) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.01.2017) // Российская газета. – 2011. – 05.03. – № 47.

15. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственной программы гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (вступ. в силу с 21.05.2017) // Российская газета. – 2012. – 30.05. – №121.

16. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» (вступ. в силу с 31.05.2017) // Российская газета. – 2012. – 06.06. – № 127.

17. Письмо Минфина России от 27 марта 2015 г. № 03-11-06/2/16993 «Об учете медицинской организацией, применяющей УСН и осуществляющей деятельность в сфере ОМС, средств, получаемых за оказание медицинских услуг застрахованным лицам от страховых организаций, осуществляющих ОМС этих лиц» (документ не был опубликован) // СПС «Консультант», 2015. URL <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=QUEST001;n=144410#01682232867947402> (дата обращения: 04.03.2019).

18. Указ Президента РФ от 29 июня 1998 г. № 729 (ред. от 29.07.1998 г. № 27) «Вопросы Федерального фонда обязательного медицинского страхования»// Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 59. – Ст. 4211. (утратил силу).

19. Постановление Правительства Омской области от 16.10.2013 N

265-п (ред. от 26.12.2018) «Об утверждении государственной программы Омской области «Развитие здравоохранения Омской области», «Омский вестник», N 50, 26.10.2013.

#### Научная и учебная литература

20. Акимов В. Медицинское страхование как система / В. Акимов. – М., 2012. – 168 с.
21. Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – 415 с.
22. Андреев Ю. Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика. / Ю. Андреев. – М., 2012. – 127 с.
23. Архипов А.П. Можно ли обойтись без единой системы медицинского страхования? // Финансы. - 2018. - N 1. - С.34-38.
24. Белов В.А. «Больной» вопрос: гражданские правоотношения с медицинскими организациями / В.А. Белов // Законодательство. – 2013. – №11. – С. 6-12.
25. Ведмедь И. Прогнозирование макроэкономических индикаторов развития страхового рынка Российской Федерации в 2010 г. с использованием методов имитационного моделирования / И. Ведмедь // Страховое дело. – 2010. – № 3. – С. 2-6.
26. Вронская М.В. Институт права на охрану здоровья в системе социальной защиты граждан РФ / М.В. Вронская // Социальное и пенсионное право. – 2011. – № 2. – С. 5-9.
27. Герасименко Л.В. Некоторые предпосылки правового статуса страховщика по медицинскому страхованию / Л.В. Герасименко // Общество и право. – 2011. – № 3. – С. 12-18.
28. Грачева Е.Ю. Правовые основы страхования: учебное пособие / Е.Ю. Грачева, О.В. Болтинова. – М., 2011. – 128 с.
29. Граве К.А. Страхование/К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М., 1960.–584с.

30. Идельсон В.Р. Страхование право/В.Р. Идельсон – М., 1995. – 368 с.
31. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) / под ред. Л.В. Воробьевой [Электронный ресурс] // URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 20.02.2019).
32. Каменева З.В. О правовой природе отношений пациентов с медицинскими организациями / З.В. Каменева // Адвокат. – 2013. – № 12. – С. 17-21.
33. Канева С.Ю. Правовые проблемы реализации регрессных требований в обязательном медицинском страховании Российской Федерации (в условиях международной правоприменительной практики) / С.Ю. Канева // Медицинское право. – 2014. – № 3. – С. 27-32.
34. Ковалевская А.С. Страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний: зарубежный опыт / А.С.Ковалевская, О.А.Феоктистова // Финансы. - 2017. - N 1. - С.45-49
35. Косаренко Н.Н. Современное страховое право / Н.Н. Косаренко. – М., 2011. – 240 с.
36. Левицкий Л. Совет Федерации намерен сделать страховую медицину реальной // Рос. Федерация сегодня. - 2018. - N 6. - С.77-81.
37. Марченко Н. Бесплатное здравоохранение – величайший обман XX века / Н. Марченко // Медицинская газета. – 2012. – № 5. – С. 28-31.
38. Отставнова Е.А. Защита права на качественную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования / Е.А. Отставнова // Ленинградский юридический журнал. – 2014. – № 2. – С. 111-118.
39. Пешкова Х.В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России / Х.В. Пешкова // Медицинское право. – 2014. – № 12. – С. 120-125.
40. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении / Н.В. Путило // Журнал российского права. – 2012. –

№ 2. – С. 74-82.

41. Сергеев Ю.Д. Системный анализ в сфере медицинского права / Ю.Д. Сергеев, И.Ю. Григорьев, Ю.И. Григорьев // Медицинское право. – 2012. – № 4. – С. 10-11.

42. Сидоров С.В. Правовая природа договоров в сфере обязательного медицинского страхования / С.В.Сидоров, Н.Ю.Чернусь // Рос.юрид. журнал. - 2017. - N 3. - С.164-171.

43. Суворов М.Д. О частноправовом характере института страхования М. Д. Суворов // Правоведение. – 2013. – № 4. – С. 135-138.

44. Суханов Е. А. Российское гражданское право / Е.А. Суханов. – М., 2011. – 240 с.

45. Фогельсон Ю.Б. Конструкция интерес и риск в Гражданском кодексе / Ю.Б. Фогельсон. – М., 2008. – 229 с.

46. Шевченко К.И. Страхование право / К.И. Шевченко, Е. Погорелая. – М., 2012. – 317 с.

47. Шманцарь А.А. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования /А.А. Шманцарь // Социальное и пенсионное право. – 2014. – № 2. – С. 38-43.

48. Щеглов К. Пациенты хотят быть услышанными / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – № 94. – С. 17-19.

#### Материалы практики

49. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10.03.2011 N 2 «О применении судами законодательства об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» «Российская газета», N 57, 18.03.2011, «Бюллетень Верховного Суда РФ», N 5, май, 2011.

50. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав

потребителей» «Российская газета», N 156, 11.07.2012, «Бюллетень Верховного Суда РФ», N 9, сентябрь, 2012, «Обязательное медицинское страхование в РФ», N 5, 2012.

51. Постановление Президиума ВАС РФ от 28 февраля 2012 г. № 11810/11 по делу № А73-12349/2010 [Электронный ресурс] // URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 01.04.2019), (позиция ВАС РФ: Медицинские услуги, оказанные сотрудникам правоохранительных органов, военнослужащим и гражданам, призванным на военные сборы, не застрахованным в системе ОМС, должны быть оплачены по действующим на момент оказания услуг тарифам. Применимые нормы: п. 1 ст. 781 ГК РФ, п. 2 Правил (утв. Постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 г. № 911)).

52. Решение Куйбышевского районного суда Омской области от 12 октября 2017 г. по делу № 2-4118/2017, по иску Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области к З. [Электронный ресурс] // URL: <http://sudact.ru> (дата обращения: 05.04.2019).

53. Решение Нижнеомского районного суда Омской области от 08 февраля 2018 г. по делу № 1-5/2018, по иску от ООО «РГС-Медицина» к П. [Электронный ресурс] // URL: <http://sudact.ru> (дата обращения: 05.04.2019).

54. Методические рекомендации «Оценка и возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц» (утв. ФФОМС 15.05.1998 N 2231/36-и), «Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в РФ», т. 7, ФФОМС, М., 1998.