

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

ИНЖИНИРИНГОВЫЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Общеобразовательных и общепрофессиональных дисциплин

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДОГОВОРОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 40.02.01 Право и организация социального обеспечения
3 курса группы 01001622
Анацкого Дмитрия Сергеевича**

Научный руководитель
преподаватель Т.В. Скворцова

Рецензент
Заместитель председателя
избирательной комиссии
Белгородской области
В.А. Троян

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ И ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ РФ	6
1.1. Понятие и правовая основа медицинского страхования.....	6
1.2. Формы медицинского страхования	9
ГЛАВА 2. СОДЕРЖАНИЕ ДОГОВОРА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ (ОМС)	18
2.1. Объекты и субъекты договора об ОМС.....	18
2.2. Порядок заключения договора об ОМС	26
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ОМС НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	48
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	51

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования выражается в том, что медицинское страхование является важным элементом в социальной защите населения. Именно благодаря медицинскому страхованию, население Российской Федерации получает необходимые медицинские услуги. Медицинское страхование является основополагающим механизмом, который обеспечивает население бесплатной медицинской помощью, а в случае получения платных медицинских услуг – механизмом по покрытию расходов на такие услуги. Мало того, ОМС находящее своё выражение в своём положении закрепляются определённые способы и методы по профилактике и диспансеризации населения от разного рода заболеваний. Помимо основного положения существуют его составляющие части, как территориальные программы, которые устанавливают определённый порядок медицинской деятельности в пределах одного территориального субъекта.

Степень научной разработанности предлагаемой темы достаточно высока. Теоретические аспекты деления права на отрасли и отграничения отраслей права получили свое освещение в работах Т.Г. Амбросьева, Ю.В. Бондарь, Г.М. Гура, С.Н. Зайкова, М.М. Ильясова, В.Н. Панурина, И.И. Савченко, А.А. Силаева, И.Д. Смолянинова и других учёных.

Целью исследования является рассмотреть правовые аспекты обязательного медицинского страхования.

Для выполнения данной цели необходимо определить следующие задачи:

- дать определение понятию и правовой основе медицинского страхования;
- охарактеризовать формы медицинского страхования;
- определить объекты и субъекты договора обязательного медицинского страхования;
- охарактеризовать порядок заключения договора об обязательном медицинском страховании;

– провести анализ современного положения обязательного медицинского страхования на примере Белгородской области;

Объектом исследования – являются правоотношения, возникающие при функционировании обязательного медицинского страхования.

Предмет исследования – заключается в нормативной базе, которая непосредственно регулирует медицинское страхование.

Методологической основой данного исследования являются разного рода методы исследования (анализ, синтез, формально-юридический анализ, сравнительно-правовой).

Теоритическая и практическая значимость исследования заключается в том, что данное исследование позволяет обобщить юридическо-научную информацию об обязательном медицинском страховании, проводится анализ нормативной базы обязательного медицинского страхования, что вносит определённую пользу в развитие юридической науки. Практическая значимость заключается в том, что аккумулированная научная информация позволит сделать выводы, на основе которых можно предпринять действия по улучшению обязательного медицинского страхования.

Структура работы выражается в цели и задачах исследования, включает введение, три главы, 4 параграфа, заключение и список использованных источников и литературы.

Во введении определяется актуальность исследуемой темы, степень научной разработанности, проблемы, ее цели, задачи, объект, предмет, теоретическая и практическая значимость работы.

В первой главе определяются понятие и формы медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Во второй главе исследуется содержание договора об обязательном медицинском страховании.

В третьей главе исследуется положение обязательного медицинского страхования на примере Белгородской области.

Заключение содержит в себе результаты проведённого исследования, и на их основе предоставляются определённые выводы.

ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ И ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ РФ

1.1. Понятие и правовая основа медицинского страхования

Медицинское страхование (МС) – это форма социальной защиты граждан в сфере здравоохранения, связанная с возмещением затрат населения на медицинское обслуживание.

При платной медицине данный вид страхования является механизмом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине – это дополнительный источник финансирования медицинских затрат.

Ю. В. Бондарь рассматривает понятие медицинского страхования под другим углом. Он делает упор на экономическую сущность этого понятия. По мнению автора: «**медицинское страхование** – это защита интересов физического лица, построенных на имущественных отношениях, стимулированные непредвиденными обстоятельствами, которые сопряжены ухудшением здоровья, охрана реализуется не без помощи финансовых фондов, образованных страховыми организациями за счёт взносов государства, физических и юридических лиц.» [13].

Стоит отметить, что в статье 41 Конституции Российской Федерации чётко определено, что каждый гражданин государства имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, независимо от возраста, пола, национальности, политических и идеалистических взглядов, религии и т.д. [1].

Примечательно, что совсем недавно в Российской Федерации государственный бюджет был чуть ли не единственным источником финансирования здравоохранения. Тем не менее, на смену старому принципу финансирования пришла страховая медицина. У медицинского страхования есть своя специфика, она обусловлена рыночными отношениями в здравоохранении. Она даёт возможность застрахованному лицу соизмерить необходимые издержки на поддержание здоровья с состоянием собственного

здоровья, сопоставляет необходимость в медицинской помощи и вероятность получения этой помощи вне зависимости от того, кем производятся расходы.

Страховая система здравоохранения имеет:

- свои федеральные и территориальные фонды;
- устойчивую систему финансирования в виде платежей (работодатели ежемесячно направляют 5,1% от ФОТ в ФОМС);
- вертикаль структуры;
- саморегулирование.

Цель медицинского страхования складывается в гарантированном предоставлении врачебной помощи населению за счёт накопленных средств при возникновении непредвиденного случая, связанного с нанесением вреда здоровью, в финансировании медицинских учреждений, а также предоставление отдельным категориям граждан лекарственных средств и дополнительных видов медицинской помощи.

Сущность МС состоит в формировании инструмента, обеспечивающий медицинские учреждения финансами посредством ОМС и побочными медицинскими услугами за счёт ДМС.

Объект медицинского страхования принято подразделять на две группы. К первой относятся медицинские услуги, они выступают в обязательном медицинском страховании, а ко второй, так называемый имущественный интерес застрахованного лица, что позволяет избежать разделения объекта на обязательную и добровольную форму.

К субъектам медицинского страхования относят застрахованных лиц, страхователей, страховщиков, исполнителей медицинских услуг или, другими словами, медицинские учреждения. Поподробнее о них мы поговорим далее.

Касаемо предмета медицинского страхования стоит отметить, что многие специалисты своей сферы не могут прийти к единому мнению. Одно направление считает, что это непосредственно здоровье человека. Но другие утверждают, что это может быть обращение застрахованного лица в медицинское учреждение. Мы предполагаем, что это самое обращение

относиться скорее к пониманию страхового случая, нежели предмета медицинского страхования. В соответствии со статьёй 927 ГК РФ медицинское страхование является публичным договором [6].

К основным преимуществам при организации медицинской помощи в условиях медицинского страхования могут быть отнесены:

- появление внебюджетных фондов ОМС, которое направлено на возможные страховые риски и сбор в полной мере страховых взносов;
- самостоятельный выбор страховой компании. Предполагается, что с помощью тщательного изучения репутации и подхода к сотрудничеству, не составит труда выбрать страховщика, который в полной мере удовлетворит потребности застрахованного лица;
- самостоятельный выбор для застрахованного лица врача или медицинского учреждения;
- обеспечение медицинского страхования всему населению страны;
- создание дополнительной, постоянной, финансовой основы здравоохранения, сопоставимой с бюджетной;
- применение принципа солидарности, который позволяет страхователям оплачивать медицинские услуги для своих застрахованных лиц, независимо от состояния потерпевшего и объёма медицинских услуг;
- предоставление стандартного пакета медицинских услуг для всего населения, независимо от его положения в обществе и других существенных признаков. Другими словами, это явление можно назвать формированием социального характера предоставления мед. помощи;
- появление в работе медицинских учреждений рыночных механизмов, которые позволяют поднимать уровень качества их работы за счёт внедрения между ними конкуренции, формирование вместо лечебной функции профилактической, развитие новейших технологий, инноваций, услуг и мероприятий в сфере медицинской помощи;
- сормирование новых видов оплаты труда мед персоналу, опирающихся на качество полученной информации;

- способствование созданию рынка медицинских услуг;
- появление права застрахованного лица и её защита на получение качественной медицинской услуги в зависимости от вида и объёма данной мед помощи;
- повышение общих показателей здоровья.

Наше государство является правовым, а одним из главных его признаков принято считать – главенство права и закона во всех сферах жизни общества. Следовательно, изучая какую-либо проблему, мы не можем не обратиться к правовой основе, регламентирующую содержание нашей темы. Итак, в систему общеобязательных социальных норм, установленных или санкционированных государством, входят множество основополагающих нормативно правовых актов, например Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании», Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования» и т.д. [16].

Таким образом, сравнив несколько точек зрения специалистов в области МС, мы с точностью можем сформулировать понятие медицинского страхования. Медицинское страхование – это одна из форм социальной защиты населения, которая в качестве цели имеет гарантированное предоставление медицинских услуг застрахованным лицам, а также поддержание здоровья населения.

1.2. Формы медицинского страхования

Необходимо отметить, что медицинское страхование имеет две формы, а именно: обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). Они имеют свои особенности и признаки. Стоит рассмотреть каждую из них в отдельности.

Обязательное медицинское страхование – это страхование, являющееся частью комплекса обязательного социального страхования, выступающей в

роли экономических, организационных, правовых средств, для обеспечения застрахованному лицу бесплатной медицинской помощи, в случае события, при котором было вызвано негативные на здоровье человека последствия, реализующееся с помощью финансовых средств ОМС в границах законодательства и территориальной программы ОМС [3].

По мнению Гура Г.М. обязательное медицинское страхование – это система правовых, экономических и организационных мер, которые должны гарантировать застрахованному лицу оказание бесплатной медицинской помощи. Помимо этого, автор подчёркивает, что эта услуга доступна большинству граждан Российской Федерации, которая обеспечивает каждому получение медицинской помощи за счёт финансовых средств государства и граждан [14].

Ряд авторов выделяют отличительные черты обязательного медицинского страхования:

- Является неразрывным звеном в системе государственного социального страхования;

- Осуществляется в силу закона;

- В равной возможности доступна всему населению;

- Гарантированная компенсация при получении вреда здоровью;

- Финансирование исходит от государственного бюджета и взносов работодателей;

- Страхование осуществляют фонды обязательного медицинского страхования.

Все граждане РФ являются участниками системы ОМС, работодатель или органы государственной власти ежегодно уплачивают страховым компаниям страховой взнос в пользу тех самых граждан.

Услуги ОМС предоставляют:

- Страхователь – государственные органы или предприятия;

- Федеральный Фонд Обязательного Медицинского страхования. Он выступает оператором об осуществлении этой деятельности;

– Страховая компания. Она выдаёт непосредственно страховому лицу полис обязательного медицинского страхования;

– Медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь гражданам.

Кроме этого, стоит обратить внимание, что существует сайт Фонда Обязательного Медицинского страхования, на котором в случае необходимости можно оставить жалобу, характеризующуюся плохим качеством услуг оказанным медицинским учреждением по ОМС.

По мнению Олишевой Т.Т. и Савченко И.И. главной задачей ОМС является предоставление доступа для населения к качественной бесплатной медицинской помощи, помимо этого, они отмечают, что не мало важным является и стабильность финансирования медицинских учреждений [20].

Принципы обязательного медицинского страхования – это основные положения, исходные начала, которые определяют организацию ОМС, раскрывают его природу и сущность.

Принципы ОМС:

1. Принцип всеобщности. Он характеризуется тем, что застрахованным лицом имеет право стать любой гражданин РФ, не в зависимости от пола, возраста, положения в обществе и т.д.

2. Принцип государственности. Он означает, что все средства, полученные для реализации ОМС, находятся в собственности государства.

3. Принцип солидарности и справедливости. Этот принцип немного схож с первым, под этим мы имеем ввиду, что независимо от того, находится ли человек в болезненном состоянии или нет, выплаты работодателей в любом случае будут поступать на ОМС. А также от размера страховых взносов, и естественно, от финансового положения гражданина, не зависит объём и качество предоставляемых ему услуг.

4. Натуральная форма получения застрахованным лицом выплат ОМС.

5. Принцип стабильности экономической системы ОМС.

6. Пожизненный характер страхования. Застрахованное лицо будет под защитой вплоть до его смерти.

7. Страхователи обязаны привносить выплаты страховым компаниям.

8. Государство гарантирует застрахованным соблюдение их прав, и в полной мере исполнять обязательства по реализации ОМС.

Как и всё в праве система ОМС имеет преимущества и недостатки, рассматривая обязательную форму медицинского страхования нельзя их не подчеркнуть.

Преимущества:

- несложная процедура по получению медицинского полиса;
- формально каждый имеет право на медицинскую помощь по всей территории государства;
- возможность выбора страховой компании, помимо этого, застрахованное лицо имеет право поменять страховщика по истечении года;
- получение медицинской помощи как в государственных, так и в некоторых частных медицинских учреждениях;
- отсутствие государственной пошлины за получение полиса ОМС, а также за его замену;
- свободный доступ к получению медицинской страховки, не имеет значение трудоустроен ли гражданин или нет.

Недостатки:

- малый пакет, предоставляемых медицинских услуг, из-за дефицита финансов и специалистов в сфере здравоохранения;
- по факту граждане, имеющие ОМС не смогут обращаться в медицинские учреждения за помощью в города, в которых они не проживают. Скорее всего им либо откажут, либо предоставят не полный стандартный пакет медицинских услуг;
- неполное покрытие требуемых услуг;
- халатность и ошибки медицинского персонала не редкость в системе ОМС, из-за этого фактическая защищенность застрахованных лиц под угрозой;

– отсутствие особенных, индивидуальных перечней услуг, положенных для населения;

– необходимость в введении единых моделей диагностических мероприятий и лечения в различных субъектах государства [19].

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Смолянинова И. Д. считает, что ДМС нужно рассматривать с экономической точки зрения, по её мнению, ДМС – это инструмент возмещения застрахованным лицам расходов, связанных с наступлением болезни или несчастного случая, обращение гражданина в медицинское учреждение за медицинской помощью [22].

К сожалению, в настоящее время в РФ нет специального закона, посвященного добровольному медицинскому страхованию. Но отчасти оно содержится во второй части гражданского кодекса Российской Федерации (48 глава), а именно в ст. 927, посвященному добровольному и обязательному страхованию. Исходя от этой нормы, можно сделать вывод, что ДМС является публичным договором. В 934 и 940 статьях вводится понятие «договора личного страхования» [3]. Гражданин, который хочет получить дополнительный пакет медицинских услуг и повысить их качество, может сделать это с помощью личного взноса или с помощью работодателя. Здесь речь уже идёт о добровольном медицинском страховании (ДМС). По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

Ранние упомянутые Олишевой Т.Т. и Савченко И.И. утверждают, что данный вид страхования является значимым звеном в системе здравоохранения в условиях рынка, не могу не согласиться, так как главной задачей ДМС является обеспечение более высокого уровня медицинского обслуживания, оказание помощи сверх социального гарантированного объёма, которое осуществляется за счёт личных доходов граждан и прибыли работодателей [20].

Отличительные черты присущие добровольному медицинскому страхованию:

- один из видов личного страхования;
- носит индивидуальный или групповой характер;
- страхователями выступают работодатели и физические лица;
- финансируется за счёт индивидуальных доходов застрахованных граждан и прибыли работодателей;
- существует для получения дополнительных медицинских услуг;
- механизм компенсации расходов, связанных с осуществлением; медицинских затрат;
- проводится на основе договора.

Раскрывая специфику добровольного медицинского страхования нельзя не подчеркнуть основных субъектов ДМС:

- страхователь – ведущее звено в системе субъектов, он занимается заключением договора, покупкой полиса ДМС. Страхователем способен стать как дееспособное физическое лицо, так и юридическое лицо, возможно благотворительный фонд;
- страховщики – страховая организация, которая обладает определённой лицензией, помогающая осуществлять деятельность в сфере страхового дела;
- медицинские организации – лечебно-профилактическое учреждение, занимающиеся медицинской деятельностью, оказывающие медицинские услуги, в последующем они заключают договоры со страховыми организациями.

Как и в случае обязательного медицинского страхования нам необходимо остановиться на плюсах и минусах этой формы.

Преимущества:

- широкий спектр оплачиваемых заболеваний и исследований;
- неограниченное количество госпитализаций;

– предоставление комфорта и удобства для клиента в финансовой сфере, так как застрахованное лицо оплачивает только полис, а всеми иными затратами занимается страховщик;

– собственная региональная сеть;

– у застрахованного лица есть возможность в получении квалифицированной медицинской помощи в любое время суток, независимо от места нахождения пациента;

– возможность получения медицинской помощи в любом мед учреждении, равноценном указанному в полисе;

– высокий уровень сервиса мед клиник, так как страховая компания осуществляет контроль и надзор за мед учреждением, за предоставляемыми ими услугами;

– всю организацию медицинской помощи берёт на себя страховая компания. Пострадавшим всегда будет оказана медицинская помощь будь это праздничный или выходной день. Она помогает выбрать ЛПУ, предоставление высокоуровневой консультации перед лечением заболеваний, а также у застрахованных есть возможность связаться с ними по телефону в любое время дня и ночи;

– урегулирование всех проблем, возникающих в ЛПУ страховой компанией

– вложенные клиентом в полис средства гарантировано защищены от инфляции;

– высокое качество сервиса, в него входят: внеочередная госпитализация, в палатах присутствует высокий уровень комфортности, оплачивается дорогое по стоимости лечение, большие возможности в выборе хоть это место или время непосредственного лечения, либо помощь в подборе лечащего врача;

– во время лечения СМО соблюдает права пациента, берёт под контроль качество предоставляемых медицинских услуг, что является отличительной чертой в сравнении с ОМС.

Недостатки:

– поскольку цена за полис зависит от большого количества факторов, её никак нельзя предугадать, отсюда и невозможность фиксированной платы за мед полис ДМС;

– нарушается принцип равенства, так как стоимость полиса для каждого гражданина разная, то есть она является индивидуальной. Даже тогда, когда разные по своим отличительным признакам граждане выбирают одинаковый перечень услуг;

– по ряду причин страхователь может лишиться выплат, но достигнуть эта возможность может из-за недобросовестного поведения гражданина. Например, при умышленном нанесении вреда здоровью или получения увечий при алкогольном или наркотическом опьянении;

– существует весомый пробел в системе ДМС. Не все болезни подлежат страхованию или не во всех программах это предусмотрено;

– из-за ограниченности финансовых ресурсов сверхвысокие риски не подлежат во включение в договор.

Принципы ДМС:

– принцип добровольности. Он обозначает, что страховка предназначена на узкий круг лиц, но при этом лицо в праве выбирать, хочет ли он заключать договор страхования или нет;

– принцип эквивалентности. Застрахованное лицо получает объём медицинских услуг равносильный размеру страховой премии, выплаченной страхователем;

– принцип срочности. Обусловлен тем, что в отличии от ОМС, в котором срок является пожизненным, договор ДМС заключается на конкретный срок;

– принцип коммерческих условий. У страхователя есть возможность выбора с какой страховой компанией ему заключать договор;

– принцип высокого качества. Медицинские услуги в рамках программы добровольного медицинского страхования имеют более высокое качество по отношению к услугам обязательного медицинского страхования.

На данный момент мы имеем две формы медицинского страхования, каждая из которых имеет свои достоинства, недостатки и проблемы, которые необходимо решать. Законодательству, например, необходимо разработать отдельный закон, посвящённый добровольному медицинскому страхованию, либо же решить не малозначимую проблему, связанную с необходимостью введении моделей одного образца лечебных мероприятий на разных уголках государства. В совокупности ОМС и ДМС дает возможность в комплексе производить оценку положения застрахованного лица и более дипломировано подходить к оказанию медицинской помощи.

ГЛАВА 2. СОДЕРЖАНИЕ ДОГОВОРА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ (ОМС)

2.1. Объекты и субъекты договора об ОМС

Договор обязательного медицинского страхования – это основной документ, находящийся в области данного правового института, в котором закреплено, что каждый гражданин РФ может получить бесплатную медицинскую помощь. Между субъектами ОМС заключается соглашения, это необходимо для того, чтобы вся система ОМС работала исправно.

Е.А. Кулакова считает, что цель любого договора – это разрешение различных финансовых, общественных, координационных, промышленных трудностей, возникающих перед участниками гражданских правоотношений, а не «проникновение» в юридическую систему типа договора, предусмотренного законодательством. Белозёрова частично с ней соглашается за исключением одного момента, она уверяет нас, что данное утверждение будет верным, при условии, если данный договор заключается с целью экономического интереса [17].

Ранее, а именно до 1 января 2011 года такой институт как договор обязательного медицинского страхования регулировался отмененным законом Российской Федерации от 28.06. 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [7]. На смену данного закона пришел новый, он вступил в силу 1 января 2011 года и называется «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» №326. Одним из самых главных дополнений для нас является изменения в системе субъектов договора об обязательном медицинском страховании. Мы можем обратить внимание, что законодатель изменил и сократил ряд субъектов, в частности он поменял «гражданин» на «застрахованное лицо», ликвидировал страховую медицинская организацию, медицинское учреждение и добавил вместо них

федеральный фонд ОМС, «страхователь» он оставил без изменения. Так же, необходимо отметить, что в старом законе отсутствовал такой пункт как «Участники», сейчас же туда входят ранее упомянутые страховые медицинские организации, и такое новшество как территориальные фонды. По новому закону страховщиками являются федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС, в частности, осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ ОМС [22].

Остановимся поближе на субъектах договора ОМС. Сюда входят:

1. застрахованное лицо – это физические лица, граждане РФ, могут быть беженцами разных стран. Но для того, чтобы быть застрахованным, следует иметь ряд нюансов, таких как: осуществляют трудовую деятельность по трудовому договору, имеют статус ИП, занимаются предпринимательской деятельностью в сфере сельского хозяйства, священнослужители, представители малочисленных народов, проживающие на севере РФ. Все эти условия так или иначе относятся к работающим гражданам. Для неработающей части населения, также предусмотрен ряд критериев: несовершеннолетние, пенсионеры, очники, обучающиеся в высших учебных заведениях или же в средних учебных заведениях, родители или опекуны, воспитывающие детей, которым менее 3 лет, физические лица, взявшие на себя заботу об инвалидах I-степени, лицах, достигших 80 лет или же детях инвалидов.

2. федеральный Фонд ОМС – это государственный внебюджетный фонд, который предоставляет обязательную финансовую поддержку на оказания медицинской помощи для граждан по специальной программе обязательного медицинского страхования

3. Страхователи. Ими являются:

- работодатели;
- самозанятые лица;
- органы исполнительной власти субъектов РФ.

Первые две группы осуществляют взносы за работающих граждан, а безработные граждане ложатся на плечи безработного слоя населения. На

основе положений Министерства здравоохранения, страхователей на учёт ставит территориальные фонды.

Не стоит забывать об участниках ОМС, они играют не последнюю роль в сфере договоров ОМС. Сюда входят:

1. Страховая медицинская организация – это страховая организация, которая имеет лицензию, выданную в соответствии с настоящим законодательством. Хотя организация и не является субъектом ОМС, но она является одним из главных элементов системы ОМС, так как осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с законодательством и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.

2. В соответствии со статьёй 12 БК РФ территориальный фонд ОМС – это независимые государственные финансово-кредитные органы, получившие своё распространение, благодаря реализации государственной политики в области ОМС [5].

3. Медицинские организации – это организации, которая на основании лицензии занимается медицинской деятельностью, в которую входят мероприятия по поддержанию, восстановлению здоровья, лечение заболеваний пациентов, уход за больными, а также контролирование предоставляемых медицинских услуг [3].

Происходит усиление договорной роли регулирования отношений между субъектами ОМС, это обуславливается тем, что постепенно проявляется его конкурентная модель.

Основные организационно-экономические функции договорной системы обязательного медицинского страхования:

- осуществление самого процесса страхования;
- контролирование качества медицинского обслуживания;
- защита прав застрахованного лица;

– экономическая функция, выражающаяся в оплате медицинской помощи в качестве оператора средств ОМС.

Ранее, как мы уже и говорили, существовал иной закон, регулирующие договорные отношения в системе ОМС. До 2011 года действовали так называемые, типовые договоры, они были созданы для работающего типа граждан и соответственно не работающего или для лиц, не имеющих постоянной работы. Не стоит забывать, что страховые и медицинские организации также заключали между собой договор. Это являлось соглашением, по которому мед клиники предоставляли застрахованным лица медицинские услуги, но все это было в рамках обязательного медицинского страхования [25].

На сегодняшний день, ссылаясь на главу 8 ФЗ №326, мы можем с точностью заявить, что существуют два вида договоров об ОМС:

- договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Данные соглашения заключаются в письменной форме, в случае нарушения этого требования сделка считается недействительной. Они содержат в себе значительный перечень санкций, предусмотренных за нарушение заключенного договора, а также обязанности страховой медицинской организации и территориального фонда.

Проанализировав статью 38 ФЗ №326, мы выделили несколько групп обязанностей СМО, в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. В первую очередь это организационные функции, такие как «оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования» или же «представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования». Далее у нас идёт

заключение договоров об оказании медицинских услуг и соответственно её оплата, сюда входит контроль объёмов и качества мед помощи. Не стоит так же забывать о том как они позаботились о защите прав застрахованных лиц, граждане в любое время могут обжаловать осуществление деятельности ОМС. Ну и, напоследок, о их деликтоспособности, они обязаны нести ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей, нарушение условий договора. Мы упустили главную функцию страховой медицинской организации, связанную с договорными отношениями ОМС, в точности, это отправка в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на оплату мед услуг, и в дальнейшем их использование по целевому назначению. Выше мы описали предмет упомянутого договора.

Но после анализа данной статьи с первого взгляда может показаться, что данный договор является односторонним, поскольку в нём прописаны обязанности только одной стороны, а именно СМО, но это не так. Этот договор всё-таки взаимный.

У территориального фонда тоже прописан ряд обязанностей по отношению к СМО, весомые из них это «предоставление страховой медицинской организации по поступившей от нее заявке целевых средств», помимо это территориальные фонды должны вести контроль за их деятельностью.

Примечательно, что по данному договору субъекты договорных отношений, то есть страховщики и страхователи практически не играют никакой роли, территориальный фонд и СМО частично выполняют полномочия страховщика. Федеральный фонд только распределяет между территориальными фондами поступившие финансовые средства для реализации программы ОМС.

На очереди следующий вид договора об ОМС, а именно договор на оказание и оплату медицинской помощи. В соответствии с ним медицинская организация обязана оказать медицинскую помощь застрахованному лицу, а СМО соответственно должна оплатить все медицинские услуги. Мы можем

проследить некие особенности, связанные с этим договором, для начала мы можем с уверенностью сказать что это договор личного страхования, так как под него подпадают существенные условия данного договора, но это только на первый взгляд, нельзя забывать, что он осуществляется на возмездных условиях, из этого следует вывод, что он так же соответствует договору страхования. Отсюда следует вывод, что договор на оказание медицинской помощи является смешанным. Реализация договора происходит в пользу третьего лица, то есть застрахованного лица.

Мы считаем, что договор ОМС следует отнести к организационным договорам, так как они обладают спецификой последнего, к примеру страховая компания берет на себя координационные, промышленные, научно-технические издержки, но при этом пользу получают обе стороны данных правоотношений.

У организационного договора имеется ряд классификаций. О.А. Красавчиков был одним из первых представителей разработки существующей систематизации. Но ввергнутая им систематизация согласно мерке нахождения разновидностей гражданских организационно-правовых отношений никак не дает возможности их резюмировать либо совмещать. Не включая того, что отношения, возникающие меж СМО и медицинской организацией, включающая различные виды мед услуг в соответствии с договором на оказание и оплату мед помощи по ОМС имеют отличительные черты автономных правовых конструкций, расположенных в структуре некоторых типов классификаций, рекомендованных О.А. Красавчиков. Но у договора на оказание и оплату медицинской помощи есть ещё одна сторона. Он обладает другим рядом признаков складывающиеся схожий, но тем не менее иной вид отношений. О.А. Белозерова называет их «организационно-предпосылочные». Обуславливает она это тем, что настоящие отношения дают начало и последующее развитие, формирование имущественных правоотношений. Правоотношения имеют место быть у медицинской клиники

и гражданином по оказанию медицинских услуг, по покрытию расходов мед. помощи, оказанной застрахованному лицу после её предоставления [20].

Необходимо отметить, что договорные отношения в сфере ОМС носят императивный характер постольку, поскольку застрахованные лица обязаны заключить данные договоры, помимо, конечно, упомянутых СМУ и территориальных фондов.

Страхователем по общему правилу будет являться работодатель, для неработающих граждан к данному субъекту будет относиться местные органы исполнительной власти. Страховщик выступает связующим звеном между страхователем и застрахованным лицом, они обеспечивают организацию медицинской помощи, предназначенную гражданину. Каждый гражданин РФ получает страховой полис, который доказывает факт заключения договора ОМС, и позволяет в будущем пользоваться безвозмездными услугами медицинских учреждений.

Как мы уже упоминали ранее, договор об ОМС даёт возможность гражданам получать бесплатную мед помощь на всей территории РФ, для реализации данного права следует предоставить в медицинском учреждении документ, подтверждающий личность и полис ОМС.

Положения, содержащиеся в договоре об обязательном медицинском страховании:

- наименование сторон;
- численность и личные данные застрахованных лиц;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг, соответствующих программ обязательного медицинского страхования;
- права и обязанности сторон, о них подробнее мы говорили выше;
- ответственность сторон;
- иные условия, не противоречащие законам РФ.

Договор вступает в силу после отправки первого взноса от страхователя, но с условием, если в документе не обозначена дата его фактического

вступления в силу. Страховщики не в коем случае не должны нарушать права застрахованных лиц, в частности делиться их личными данными, информацией о состоянии пациентов, и естественно содержанием данного договора.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи может быть расторгнут по следующим причинам:

- приостановление, прекращение действия лицензии, её отзыв;
- ликвидация СМО;
- лишение медицинской организации права на осуществление здравоохранительной деятельности.

При установлении таких причин данный договор будет считаться расторгнутым.

В науке нет чёткого определения объекта договора, но исходя из понятия «объект», не сложно догадаться что это явление трактуется, от того, вокруг чего возникают частноправовые отношения между двумя или более сторонами. А отталкиваясь от вышесказанного понятия, можно сделать вывод, что объектом договора ОМС являются права застрахованного лица, так как именно по поводу них и возникают договорные отношения между субъектами договора.

Стоит отметить несколько примечательных моментов. Договор обязательного медицинского страхования в пользу работающих граждан заключают их работодатели, в пользу неработающих - местная администрация. У любого застрахованного есть право выбора страховой медицинской организации, что означает возможность в индивидуальном порядке прекратить договорные отношения с одной СМО и начать с другой.

Таким образом, субъектный состав обязательного медицинского страхования достаточно полон. Все субъекты обладают определёнными особенностями, которые выражаются в их непосредственной деятельности.

2.2. Порядок заключения договора об ОМС

Для того чтобы рассмотреть порядок заключения договора об обязательном медицинском страховании, следует детально проанализировать статью 432 ГК РФ. В ней описываются общие положения о заключении любого договора.

В пункте 1 упомянутой выше статьи устанавливаются следующие условия:

- во-первых, обоюдное согласие обеих сторон, в нашем случае это соглашение между страховой компанией и территориальным фондом, и между ОМС и медицинской организацией;
- во-вторых, должны быть соблюдены все существенные условия договора, в противном случае договор заключён не будет;
- в-третьих, договор должен быть заключён в определённой форме, договор ОМС заключается только в письменной форме.

Так же, в этом пункте уточняется, что существенными условиями нарекаются условия, раскрывающие предмет договора. А в свою очередь предметом договора об ОМС называется правоотношения, которые появляются между субъектами договорных отношений, а именно оплата страховщиком и обеспечение медицинскими услугами застрахованных лиц. Помимо этого, страховая компания должна проводить контроль за качеством и объёмом своевременно предоставляемой мед помощи нуждающимся. Список медицинских услуг должен быть согласован всеми участниками сделки в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Во втором пункте можно ознакомиться с двумя стадиями заключения договора. Одна из сторон должна послать предложение об заключении договора, а другая, в свою очередь, должна её принять. Например, в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования СМО

должна послать территориальному фонду заявку, а та в свою очередь обязуется предоставить целевые средства на оплату медицинской помощи.

В пункте 3 статьи 432 ГК отмечается, что в случае, если одна из сторон приняла исполнение обязательства, то другая сторона не имеет право признавать это соглашение не заключённым, так как за этим следует нарушения принципа добросовестности.

Ранее мы рассмотрели общие положения о заключении договора об обязательном медицинском страховании, сейчас остановимся на особенностях процедуры заключения. Между страхователями, медицинскими учреждениями, страховыми организациями и территориальными фондами возникают договорные отношения, они оформляются по определённым правилам и обладают рядом особенностей:

- одной из особенностей заключения договора ОМС является игнорирование предпочтений и требований каждой из сторон, если то не предусмотрено типовой формой или законодательством РФ. Это означает, что не один из субъектов правоотношений не имеет права ухудшать качество и объём предоставляемой медицинской помощи, к этому, также, относится сокращение или поднятие цены на ту или иную медицинскую услугу;

- страхователи и страховщики, как бы ни хотели, не могут отказаться от заключения договора. Например, страховая организация, не заключившая договор, может потерпеть большие убытки, её лицензию попросту отзовут. Но это применяется только в том случае, если основания на невозможность заключения договора будут необоснованными. Если данное соглашение входит в территориальную государственную программу, то территориальные фонды тоже могут подвергаться санкциям, если откажутся от заключения договора;

- страховые организации ни в коем случае не могут использовать вырученные финансовые средства для иной коммерческой деятельности. Они всегда должны идти на реализацию мед помощи.

Было уже отмечено, что договор будет являться заключённым с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено

иное. Стороны договорных отношений выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с действующим законодательством.

Форма и содержание договора урегулированы законодательством. Ранее мы подчеркнули, что стороны правоотношений в связи с договором не могут усугубить положения медицинского обеспечения. Законодатель допускает только улучшение этих условий по отношению к застрахованным гражданам.

Ранее формы типовых договоров обязательного медицинского страхования работающих и неработающих граждан были приведены в приложениях № 1 и № 2 к постановлению Совета Министров РФ от 11 октября 1993 г. № 1018 [8].

Сейчас же формы типовых договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию приведены в приложении к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н "Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования" (с изменениями и дополнениями) [10] и к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1355н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" соответственно [9].

В вышеописанных договорах содержатся: наименование сторон, предмет договора, права и обязанности сторон, ответственность сторон, срок действия договора и порядок его прекращения, расторжения, прочие условия, реквизиты и подписи сторон. За одним лишь исключением, в договоре на оказание и оплату медицинской помощи добавлены виды медицинских услуг, которые может оказать медицинская организация.

У каждой организации существуют правопреемники, страхователи не исключение, при ликвидации или реорганизации юридического лица, все его права и обязанности, в том числе и связанные с договором об ОМС переходят к тем самым преемникам. При нарушении медицинской организацией условий

договора, СМО имеет полное право не оплачивать расходы по оказанию медицинских услуг. Грубым нарушением со стороны медицинской клиники, к примеру может быть отказ в медицинской помощи застрахованному лицу. Споры по обязательному медицинскому страхованию разрешаются судами в пределах их компетенции [23].

При этом законодателем установлена конструктивная связь между страховым обеспечением, стандартами и порядками оказания медицинской помощи по ОМС. Эта связь имеет принципиальное значение, поскольку законодательно определяет точки согласия по существенным для сторон условиям договора на оказание и оплату медицинских услуг. На стороне плательщика выступает распорядитель средств внебюджетного фонда ОМС целевого назначения, и он же является страховщиком, поскольку действует в отношениях ОМС. Им является либо непосредственно территориальный фонд ОМС, либо СМО, которой эти средства переданы фондом ОМС. Однако в том и другом случае страховое обеспечение (понимай, оплата) должно устанавливаться, исходя из стандартов и порядков оказания медицинской помощи [21].

Договоры в сфере обязательного медицинского страхования играют главную роль в системе ОМС, это ключевой документ, который способствует обозначению прав и обязанностей сторон в договорных отношениях. Целью заключаемого договора является обеспечение граждан РФ медицинской помощью в соответствии с законом и договором.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ОМС НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Бесплатное оказание медицинской помощи происходит на основе определённой территориальной программы, которая устанавливается в каждом субъекте Российской Федерации. У каждой такой территориальной программы есть собственные особенности, которые разнятся в зависимости от территориальной привязки данного документа. Но есть основополагающие аспекты в территориальных программах, которые особо не претерпевают какие-то изменения по мере рассмотрения разных субъектов Российской Федерации. Так и в Постановлении Правительства Белгородской области № 509-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи на 2019 и плановый период 2020-2021 гг.» устанавливаются определённые цели, которые лежат в основе создания данного нормативно правового акта [11]. К данным целям относятся. Обеспечение населения Белгородской области медицинскими услугами. Обеспечение медицинскими услугами населения проживающих в удалённых пунктах. Повышение эффективности в использования средств здравоохранения. Благодаря данным целям происходит ориентировка реализации потенциала данной территориальной программы. Также стоит отметить, что данные цели являются конституционными и, следовательно, находятся тесно с личностью каждого гражданина. Помимо всего прочего, в общем положении документа делается пометка о том, что формирование финансовой составляющей обязательного медицинского страхования происходит благодаря средствам обязательного медицинского страхования. В данном документе закрепляются виды медицинской помощи, которая реализуется в рамках данной программы, а именно.

– первичная медицинская помощь, в которую входят такие подвиды как специализированная первичная, доврачебная и первично-санитарная; Цель

таких видов медицинской помощи заключается в проведении разного рода профилактических мероприятий.

– специализированная помощь, заключается в проведении медицинских мероприятий с использованием инновационных технологий;

– медицинская, специализированная скорая помощь, заключается в оперативном медицинском вмешательстве в случае, если гражданин получил травму, произошло обострение заболевания и т.п.;

– паллиативная помощь является совокупностью мероприятий, направленных на облегчение соматического состояния гражданина, который болен неизлечимой болезнью.

В данной программе также закрепляется порядок и особенности проведения разнообразных медицинских мероприятий. Так, Медико-санитарная помощь реализуется в рамках дневного и амбулаторного стационара. Доврачебная медико-санитарная помощь реализуется фельдшерами, медсёстрами и иными лицами, которые имеют среднее медицинское образование. Специализированная медицинская помощь проводится врачами с высшим медицинским образованием, которые имеют медицинский уклон в какой-то медицинской сфере, а также используя при этом специальные медицинские методики и технологии позволяющие реализовать медицинскую помощь. Высокотехнологическая медицинская помощь является подвидом специализированной помощи, но при которой, при этом, используются инновационные технологические средства под управлением узкого круга медицинских специалистов. Скорая медицинская помощь осуществляется вне медицинского учреждения, в амбулаторной форме и стационарной. При оказании данного вида помощи может использоваться медицинская эвакуация в случае, если помощь не может быть оказана гражданину на месте, в случае определённого природного катаклизма способный причинить вред гражданину и т.п. Такая эвакуация реализуется с помощью специальных выездных бригад, которые оснащены специальным оборудованием для транспортировки гражданина. Паллиативная помощь

проводится в амбулаторном и стационарном порядке, данный вид помощи проводится специально обученными на это медиками. Данная помощь проявляется, как уже говорилось выше, в обеспечении неизлечимо больных граждан обезболивающими средствами, комфортными условиями пребывания для облегчения некоторых симптомов болезней.

Также в данной программе даются определения формам оказания медицинской помощи. Так, выделяются:

- экстренная форма, оказывается при возникновении острых симптомов какой-либо болезни, которая угрожает жизни гражданина;

- неотложная форма, проводится в случае возникновения симптомов болезни, но которые не несут за собой фатальную угрозу для здоровья гражданина;

- плановая форма, является профилактической мерой, которая направлена на поддержание соматического и иного здоровья, характерно, что гражданин при этом не испытывает никакой на себя симптоматики болезни, а отложение плановых мер не влечёт за собой явного ухудшения здоровья гражданина.

Помимо закреплённых форм оказания медицинской помощи, устанавливаются определённые условия оказания медицинской помощи. При этом стоит сказать, что в данном случае под условиями понимается место оказания медицинской помощи. Так, выделяются следующие условия оказания медицинской помощи. Вне медицинского учреждения, в данном случае медицинская помощь, оказывается, по месту вызова бригады скорой помощи, либо в транспортном средстве скорой помощи. Амбулаторная, при таком условии оказания медицинской помощи, врач посещает гражданина с определённой систематикой, либо гражданин посещает врача. Дневной стационар, медицинское обслуживание происходит в медицинском учреждении, но только в дневное время суток. Стационарные условия, в данном случае медицинское обслуживание и наблюдение происходит круглосуточно. Примечательно, что все указанные выше формы и виды медицинской помощи предусматривают использование бесплатных

лекарственных средств, которые были признаны Правительством Российской Федерации как жизненно необходимые. В обеспечении медицинским обслуживанием граждан находящихся в сельских местностях, которые находятся в значительном удалении от медицинских учреждений, используются передвижные комплексные центры, мобильные бригады скорой помощи, медицина по локальной связи т.п. Стоит отметить, что реабилитационные мероприятия проводятся в поликлиниках и специальных реабилитационных центрах.

В программе также определяется конкретный перечень заболеваний, которые являются основанием для получения бесплатного медицинского обслуживания. Таким образом, выделяются следующие болезни. Различного рода новообразования, психиатрические расстройства, дефекты при рождении, заболевания мочеполовой системы, заболевания связанные с иммунной механикой, заболевания нервной системы, заболевание органов дыхания и т.д. Данный перечень крайне обширен и в действительности затрагивает все основные болезни и дефекты, которые преобладают на сегодняшний день в обществе. Примечательно, что гражданин имеет право на бесплатное профилактическое обследование минимум раз в год, количество профилактических обследований будет зависеть во многом от рода деятельности гражданина.

По программе обязательного медицинского страхования предусмотрены определённые категории лиц, которые имеют право на бесплатное получение лекарственных средств, медицинский осмотр, проведение профилактического осмотра, проведение диспансеризации, проведение перед родовой диагностики помогающий выявить отклонения в развитии эмбриона и т.п. Отдельно стоит отметить неонатальный скрининг, право на проведение такой процедуры в бесплатном порядке могут получить дети до первого года жизни.

Примечательно, что в некоторых страховых случаях в соответствии с территориальной программой ОМС медицинское обслуживание может производиться независимо от организационной структуры медицинского

учреждения, к данным случаям относятся. При использовании репродуктивных технологий, проведении реабилитации в медицинских учреждениях, проведении профилактических мер, в случае заболевания болезнями эндокринной системы, паразитарное заражение, расстройства питания, нарушение обмена веществ, кожные заболевания и иные. Стоит отметить, что к данному перечню не относятся болезни, которые передаются половым путём.

Что касается финансового обеспечения программы стоит сказать, что формирование данное обеспечение происходит благодаря ассигнованиям из бюджета субъекта и внесённые средства обязательного медицинского страхования. На основе данного бюджета проводится медицинское обследование детей-сирот, семей желающих усыновить или взять на попечение ребёнка, призывников в армию. Также, за счёт средств федерального бюджета население Белгородской области обеспечивается:

- оказание медицинской помощи медицинскими учреждениями, которые подведомственны федеральным органам исполнительной власти;
- оказание медицинской помощи, используя высокотехнологические изобретения;
- специальные медицинские мероприятия, которые предусмотрены национальным календарём;
- для отдельной категории граждан предусмотрены путёвки на санаторно-курортное лечение.

Помимо всего прочего, с помощью ассигнований из федерального бюджета производится:

- приобретение антитуберкулёзных, антибактериальных и иных средства, которые были включены в список жизненно необходимых лекарств;
- приобретение противовирусных средств и иных, которые включены в список жизненно необходимых лекарств;
- приобретение лекарственных средств, которые предназначены для граждан, имеющих разного рода заболевания (болезнь Гоше, гемофилия и т.д.);

– медицинская деятельность, которая связана с донорством крови или же органа.

Данный перечень финансируется целиком и полностью за счёт средств федерального бюджета, данный список присутствует в каждом субъекте Российской Федерации.

Есть также определённые медицинские услуги, виды медицинской помощи, которые финансируются за счёт средств областного бюджета. Рассмотрим оказываемые услуги за счёт бюджета Белгородской области:

– проведение скорой помощи, а также специализированной скорой, которая не была включена в основную программу обязательного медицинского страхования;

– проведение санитарной помощи в отношении граждан тогда, когда определённая болезнь не была включена в основную программу обязательного медицинского страхования, например, болезни, передаваемые половым путём;

– проведение специализированных медицинских услуг в том случае, когда гражданин болен инфекционным или паразитарным заболеванием;

– реализация дородовой диагностики, позволяющая выявить определённые патологии в развитии ребёнка;

– проведение высокотехнологических медицинских услуг, в данную позицию входит паллиативная помощь, санаторно-курортное лечение;

– обеспечение населения всеми видами лекарств в зависимости от категории нуждающихся.

Примечательно, что за счёт бюджета области может осуществляться перевозка/транспортировка граждан с почечной недостаточностью. Также в случае оказания неотложной помощи гражданину, не являющегося участником обязательного медицинского страхования, финансируется за счёт средств бюджета Белгородской области.

Таким образом, создаётся сбалансированная система финансирования средств на оказания медицинской помощи населению Белгородской области.

Порядок и сроки получение медицинской помощи, требования, предъявляемые к гражданину и медицинским учреждениям, закреплены в ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Медицинская помощь на территории Белгородской области оказывается при предъявлении документа удостоверяющего личность. Помимо документа удостоверяющего личность должен быть предъявлен полис обязательного медицинского страхования. В том случае, если гражданин находится в критическом состоянии, угрожающей его жизни, отсутствие документов не должно являться основанием для отказа в предоставлении медицинской помощи. Граждане, которые застрахованы на другой территории Российской Федерации вправе получить медицинскую помощь в рамках программы, гарантирующей бесплатное медицинское обеспечение, утверждённое постановлением Правительства Российской Федерации № 1506. Данная программа должна быть свободна для ознакомления в любом территориальном медицинском учреждении. Также, при оказании медицинским учреждением соответствующих услуг должны соблюдаться гигиенические и иные требования. Не допускается отказ в оказании медицинской помощи гражданину, либо требование оплаты за предоставленные услуги. Примечательно, что да врачебного вмешательства необходимо на это согласие гражданина. В случае, если гражданин является недееспособным требуется согласие законного представителя.

Гражданин имеет право на смену лечащего врача и медицинского учреждения. Так, гражданин или его представитель вправе подать заявление на имя руководителя медицинского учреждения о смене медицинского учреждения, воспрепятствовать руководителю не имеет права. При этом, гражданин должен предоставить соответствующее уведомление о лечащем составе в новом медицинском учреждении.

Примечательно, что лечащий врач имеет право отказа от наблюдения за определённым гражданином. В данном случае руководитель медицинского учреждения обязан найти замену, с непосредственным уведомлением

гражданина о соответствующей замене. Также специалист вправе отказаться от проведения аборта в отношении пациента, если это в будущем не повлечёт негативных последствий для здоровья последнего. Помимо того, руководитель может возложить обязанности лечащего врача на специалиста только с согласия самого специалиста. Менять медицинское учреждение гражданин имеет право один раз в год, если только замена не связана с фактической сменой места жительства и т.п. Также, гражданин имеет право менять участкового врача раз в год.

Для получения первичной медицинской помощи гражданин может самостоятельно обратиться в соответствующее медицинское учреждение, либо по направлению лечащего врача.

Территориальной программой обязательного медицинского страхования по Белгородской области предусмотрен специальный порядок приёма определённых категорий граждан. Так, право на приём к лечащему врачу без очереди имеют ветераны войны, участники ВОВ, граждане со знаком «почётный донор», герои Российской Федерации, герои СССР и т.д. Также стоит отдельно отметить, что дети семей, которые имеют восемь детей также вправе пользоваться внеочередным порядком медицинского обслуживания

При оказании любой формы медицинской услуги, а также её формы применяются порядок предоставления бесплатных медицинских средств. В данный перечень входит: лекарства, донорская кровь, тср, лечебное и обычное питание и т.д.

Список бесплатных лекарств утверждается специальной формулярной комиссией, которая функционирует под ведомством департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. Примечательно, что назначение лекарственных средств зависит от тяжести и типичности течения заболеваний, данный факт закрепляется в протоколе медицинской помощи. Если какое-то медицинское изделие не включено в протокол медицинской помощи, но его применение необходимо, то данный вопрос решается специальной комиссией, которая в дальнейшем решает вопрос

об одобрении использования данного изделия. Стоит отметить, что во время назначения какого-либо лекарственного средства применяется персонафицированный учёт. Суть данного учёта заключается в том, что используются индивидуальные медицинские карты гражданина, в которых закреплена информация по поводу соматических особенностей каждого гражданина. Лекарственными средствами пациенты обеспечиваются за их счёт, но в определённых случаях граждане имеют право на получение лекарств без данной оплаты. Например, если гражданин получает лекарства в порядке экстренной помощи, получение медицинских услуг в дневном стационаре, при этом, если он имеет право на получение социальной помощи в виде социальных услуг, если не был дан отказ гражданином на получение данного набора. Выписка рецептов по лекарственным средствам также осуществляется бесплатно. Таким образом, бесплатное предоставление лекарственных средств при амбулаторной помощи осуществляется в следующих случаях. Если гражданин находится в списке определённой группы пациентов, который болен определённым заболеванием находящийся также в перечне утверждённым распоряжением Правительства Российской Федерации №890 и данное лекарственное средство приобретается исключительно по рецепту врача. В случае если гражданин имеет редкое заболевание или заболевание явно угрожающее жизни гражданина. Граждане, которые имеют право на получение социального обеспечения в виде социального набора услуг, который включает в себя разного рода медицинские изделия, лекарственные средства, продукты, предназначенные для лечебного питания т.д., но только в том случае, если гражданин не отказался от данного рода социальных услуг. Граждане, которые больны гемофилией, болезнью Гоше, склерозом, раком и иными заболеваниями, которые указаны в перечне. Граждане, которые перенесли пересадку органов. Также распоряжением Правительства Российской Федерации № 890 закрепляется перечень граждан, которые имеют право на получение рецепта с 50% скидкой при приобретении лекарственных средств.

При учёте протекания заболевания, его особенности и тяжести осуществляется лечебное питание детям-инвалидам.

Важное место в здравоохранении помимо оказания медицинской помощи уже при возникновении заболевания занимает методы профилактики, которые закреплены в территориальной программе Белгородской области. Целью данного мероприятия заключается в минимизации вредоносных факторов, которые могут стать причиной возникновения разного рода заболеваний. Так, мероприятия по проведению профилактики включает в себе следующие направления:

- проведение диагностики граждан разного возраста с целью выяснения состояния среднестатистического организма и выявления определённых вредоносных тенденций;

- проведение ликбеза населения в области сохранения состояния здоровья, его улучшения, в частности, проведения консультирования в сфере здорового питания, физических нагрузок, занятий спортом, окружающей среды;

- установление для граждан индивидуального плана по сохранению здорового образа жизни;

- проведение массового консультирования с целью доведения информации гражданам о негативных факторах влияния на здоровый организм, формирование ответственности в сфере здравоохранения, консультирование родителей о заботе здоровья детей, престарелых родителей и т.п.;

- проведение профилактики негативных факторов, например, курение;

- проведение профилактики в области употребления наркотических веществ;

- помощь гражданам в отказе от употребления никотина, наркотических веществ, устранение вредных привычек, например, алкоголизм. Формирование у граждан гигиенических знаний;

- проведение обучения граждан в области самостоятельной профилактики заболеваний и негативных факторов, в зависимости от особенностей развития организма;

- наблюдение за возникновением у населения разного рода неинфекционных заболеваний;
- проведение наблюдения за гражданами, которые имеют тяжелые или хронические заболевания с целью предупреждения развития новых негативных последствий;
- обеспечение населения восстановительными и реабилитационными мероприятиями;
- мероприятия, связанные с профилактическими мерами против возникновения инфекционных заболеваний;
- обеспечение обследования населения до и после проведения разного рода вакцинаций;
- проведение строго наблюдения за возникновением социально значимых заболеваний с целью предупреждения негативных различных тенденций.

Таким образом, программа Белгородской области закрепляет направления медицинской профилактики, что положительно сказывается на здоровье населения.

Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которым руководствуется территориальная программа Белгородской области, закрепляются такие понятия как диспансеризация и медицинский осмотр. Так, диспансеризация – это совокупность всех профилактических мер, которые направлены на предупреждение возникновения болезней. Медицинский осмотр – это составляющая часть диспансеризации и представляет собой совокупность медицинских действий, которые направлены на выявление потенциальных болезней у граждан, а также выявление тенденций в сфере увеличения количества граждан заболевших каким-либо заболеванием. Примечательно, что при проведении диспансеризации учитываются статистические данные диспансеризации прошлого года, но не позже. Таким образом, диспансеризация содержит в себе также следующие элементы. Осмотр граждан, не достигших совершеннолетия по причине участия в спорте, занятий физической культурой и т.п. Проведения

осмотра в отношении детей, которые остались без родителей или иных представителей, а также детей находящихся в социально неблагоприятной среде. Диспансеризация происходит с помощью медицинских учреждений, а также специальных мобилизационных комплексных центров и бригад. В случае если в определённом медицинском учреждении отсутствует какая-либо функция, нацеленная на проведение диспансеризации, или же отсутствует конкретный специалист в данной области прибегают к помощи специалистов из другой медицинской организации или же происходит полное заимствование наблюдательной функции в области диспансеризации. Стоит отметить, что локализация оказываемой медицинской помощи происходит на основе участковой системы. При этом, диспансеризация осуществляется в порядке двух этапов, которые закрепляются территориальной программой обязательного медицинского страхования Белгородской области. Диспансеризация проходит в два этапа, первый этап является основным, продолжительность которого не должна составлять более 20 дней. Вторым этапом является дополнительный, во время которого производится получение дополнительной информации о состоянии здоровья пациента из других медицинских учреждений, общая продолжительность данных этапов не должна превышать 45 дней. Порядок проведения диспансеризации происходит на основе нормативно правовой базы Министерства здравоохранения в отношении следующих категорий граждан. Граждан имеющие любого рода заболевания характеризующиеся, как хронические. Граждане, которые перенесли острое заболевание или же травму и т.д. Несовершеннолетние граждане, страдающие хроническими заболеваниями проходящие процесс обучения в образовательных учреждениях. Целью проведения диспансеризации является выявление хронических заболеваний, мониторинг соматического состояния пациентов и профилактика заболеваний с разными степенями осложнений.

Мероприятия по осмотру граждан на основе программы с целью профилактики населения, выявления заболеваний, устранения факторов риска дифференцируются на два направления. Проведение осмотра

несовершеннолетних граждан и медицинские осмотры совершеннолетних. Примечательно, что участие в таких осмотрах принимают медицинские учреждения, которые связаны с программой. Также порядок проведения первичной медицинской помощи происходит на основе нормативной базы Министерства здравоохранения.

Каждый гражданин имеет право на бесплатную медицинскую помощь. При этом, с целью обеспечения данного права устанавливаются максимальные сроки на ожидание медицинской помощи. Так, срок ожидания медицинской помощи в неотложной форме не должно превышать более двух часов. Порядок приёма пациентов, правила записи по телефону, вызов на дом врача устанавливается правилами внутреннего распорядка медицинского учреждения. Ожидание врача вызванного на дом не должно превышать четырёх часов.

Проведение осмотра на дому специалистами врачами после участковых врачей возможно в следующих случаях:

- если гражданин является инвалидом;
- наличие у гражданина острого хронического заболевания;
- если гражданин находится в состоянии, которое потенциально может принести вред окружающим;
- острое заболевание;
- дети, до 1 года и их матеря.

Стоит отметить, что полная стационарная медицинская помощь может оказываться в разных формах. Например, дневной или домашний стационар. Выбор таких форм зависит напрямую от тяжести заболевания. В случае стационара на дому проводятся медицинская помощь в сфере реабилитации, диагностики заболевания. Что касается дневного стационара, то врач вправе на своё усмотрение устанавливать определённые медицинские услуги, а также время нахождения в учреждении, но стоит отметить, что минимальное количество часов в дневном стационаре составляет четыре часа. Проведение выборки пациентов в дневной стационар осуществляется врачами любой

направленности. При этом, способ лечения пациента согласуется с управляющим подразделения. Примечательно, что максимальное время ожидания лечения в порядке дневного стационара со дня внесения гражданина в список ожидающих не должно превышать пяти дней. Длительность пребывания пациента в стационаре рассчитывается на основе дней, когда гражданину была оказана медицинская помощь. Так, расчёт начинается с первого дня, когда была оказана медицинская помощь пациенту и последним днём, когда была оказана завершающая медицинская услуга. В дневной стационар определяются в основном следующие категории граждан:

- граждане, проходившие лечебные мероприятия, которые требуют после проведения отдых и определённое количество мониторинг со стороны медицинского персонала, например, лазерное облучение;

- пациенты, которые получают некоторое количество лекарственных средств внутривенно в определённом промежутке времени, при этом, необходимо наблюдение медицинского персонала за жизненными показателями;

- граждане, которые перенесли операцию, соответственно, находятся под наблюдением врачей;

- пациенты, которым необходимо изначально подготовиться в порядке дневного стационара перед медицинским мероприятием.

- граждане, которым требуются реабилитационные мероприятия;

Также выделяется определённая категория граждан, которые имеют право на получение медицинской помощи в порядке домашнего стационара:

- граждане, в отношении которых отсутствуют предписания для нахождения в больнице, но при этом находятся в средней степени тяжести;

- пациенты, которые были выписаны из больницы, но ещё необходимо определённое наблюдение врача;

- граждане, которые не в состоянии получать реабилитационные услуги вне дома.

Таким образом, выделяются следующие сроки ожидания. Первичная помощь в стационаре должна быть оказана в течение двух часов. Медицинские услуги на дому должны быть оказаны в течение четырёх часов. Помощь имеющая узкую направленность (специализированная) должна быть оказана в течение тридцати дней с того момента, когда врач выписал гражданину направление на госпитализацию. В случае если гражданин болен онкологией, возникли злокачественные новообразования и т.п. после определения диагноза должно быть немедленно выписано направление на госпитализацию, ожидание в течение четырнадцати дней. Осуществление приёма врачом определённого участка должно быть совершено не позднее двадцати четырёх часов с момента обращения гражданина. Разнообразные виды диагностики при помощи специальных устройств при первичной помощи должно быть проведено в течение четырнадцати дней (за исключением томографии и т.п.) Проведение диагностики при помощи компьютеризированной техники, нацеленной на диагностику внутренних органов в течение тридцати. В случае если гражданин болен онкологическим заболеванием, то четырнадцать дней.

Медицинские организации, деятельность которых основана на узком профиле, создаёт список ожидания, в котором определён план по предоставлению специализированной медицинской помощи. Такие медицинские организации также информирует о списке граждан с помощью интернет связи. Стоит отметить, что срок ожидания высокотехнологической помощи закрепляется социальной защитой Белгородской области и департаментом здравоохранения.

Медицинские услуги, которые предоставляются на основе стационарных условиях, осуществляются в отношении граждан в порядке очереди. Также данная очерёдность зависит от объёма предоставляемых услуг и гос. задания по реализации медицинской программы.

Стоит закрепить, что для получения специализированной медицинской помощи необходимо направление лечащего врача. Также, если по программе существует несколько медицинских организаций предоставляющие

медицинскую помощь в конкретной области, лечащий врач обязан проинформировать пациента об особенностях данных организаций и о возможности выбора пациента между лечебными учреждениями.

Стоит также обозначить категории лиц, которые имеют право на получение медицинской помощи в рамках стационара. Гражданам, которым необходимо находиться в медицинской организации свыше шести часов с целью подготовки к специализированной диагностике, разного рода медицинских мероприятий и т.д. Граждане, которые нуждаются в постоянном мониторинге и активному лечению со стороны медицинского персонала.

Примечательно, что если у одной медицинской организации отсутствует возможность выполнения какой-либо медицинской услуги, заключается договор с иным медицинским учреждением, который способен предоставить необходимые медицинские услуги. Также медицинскими организациями предоставляется пациентам бесплатное сопровождение на служебных машинах с медицинским персоналом.

Также предусмотрено нахождение некоторое время пациента вне палаты. Так, если в экстренных случаях по прибытию пациента все места заняты, то такой гражданин может находиться вне палаты в течение одного дня. При проведении плановой госпитализации гражданин должен быть направлен в палату в течение одного часа. Обеспечение лекарственными средствами, питанием и т.д. должно наступить сразу после поступления в стационар пациента. Питание должно соответствовать физиологическим особенностям гражданина, питание медицинская организация обязана предоставлять не реже трёх раз в день.

Таким образом, стационарная помощь оказывается всем нуждающимся гражданам, к тому же, сроки ожидания медицинской помощи достаточно малы и позволяют сделать вывод, что большинство граждан получают медицинскую помощь своевременно.

Стоит также сказать о скорой медицинской помощи. Так, данный вид помощи оказывается вне медицинской организации, так и по пути к

организации. Лекарственные средства, используемые при работе скорой, берутся из бюджета данной организации. Скорая помощь обязана прибыть к месту запроса в течение двадцати минут. Особый срок ожидания предусмотрен для специализированной скорой помощи, например, санаторной авиации. Так, ожидание такого вида помощи составляет от одного до двух часов.

В случае, если несовершеннолетние граждане, находящиеся в трудной жизненной ситуации или родители, которые остались без попечения имеют потребность в предоставлении всех видов медицинских услуг (специализированная, инновационная помощь) то таким категориям населения данные виды помощи предоставляются в приоритетном порядке.

Для оказания всех видов медицинской помощи гражданам, которые не в состоянии самостоятельно добраться до медицинской организации, предоставляется транспорт. Предоставление данного транспорта осуществляется за счёт медицинской организации и на основе соответствующего договора. Независимо от того, плановая или экстренная транспортировка является полностью бесплатной для пациента. Транспортировка обеспечивается медицинской организацией в отношении гражданина, который находится на стационарном лечении. Медицинский персонал обязан сопровождать пациента от начала пути до его прибытия в медицинское учреждение. Особенности предоставления транспортировки с целью обеспечения специализированной или иной помощи в отношении граждан находящихся за пределами Белгородской области, закрепляются департаментом здравоохранения и социальной защитой Белгородской области.

Стоит отметить, что если какая-либо медицинская организация не состоящая в территориальной программе в экстренном порядке оказала помощь гражданину, который является пациентом другой медицинской организации, то такая организация возмещает первой затраты за предоставленные услуги.

Примечательно, что любой из родителей или любой другой представитель несовершеннолетнего гражданина имеет право на нахождение вместе с ребёнком во время прохождения лечения. Возрастная категория, при

этом, никак не влияет на это право. Представитель имеет право на нахождение с ребёнком в стационарных условиях до четырёх лет без необходимых медицинских показаний. В случае если данный ребёнок старше указанного возраста, то по медицинским показаниям. Также, обустройство проживания (спальные места и т.п.) обеспечиваются представителю без взимаемой платы.

Делая вывод по третьей главе можно сделать вывод, что территориальная программа обязательного медицинского страхования Белгородской области является составляющей частью медицинского страхования, которая регулирует множество моментов связанных с оказанием медицинской помощи в разных её проявлениях. Также данная программа Белгородской области наглядно показывает, что все граждане имеют право на получение медицинской помощи независимо от разных страховых случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с проведённым исследованием можно подвести определённые итоги.

Медицинское страхование является, несомненно, необходимой составляющей социального страхования. Медицинским страхованием является одним из основных видов социальной защиты, которая применяется с целью обеспечения всех категорий населения медицинской помощью. Говоря о формах медицинского страхования, то на сегодняшний день в Российской Федерации выделяются два вида медицинского страхования. Обязательное медицинское страхования является основополагающим элементом в социальной защите населения Российской Федерации. Обязательное медицинское страхования финансируемое за счёт средств граждан гарантирует населению определённый пакет медицинских услуг и предоставляет частичное покрытие платных медицинских услуг. Обязательное медицинское страхования осуществляется специальными организациями с лицензией, которые не вправе отказать гражданину в такой форме медицинского страхования. Стоит отметить, что основным недостатком в такой форме является малый пакет оказываемых медицинских услуг, тем не менее, прослеживается тенденция по совершенствованию перечня медицинских услуг.

Правоотношения, связанные с добровольным медицинским страхованием наступают уже исключительно по волеизъявлению самого гражданина. Финансируется такая форма страхования благодаря средствам работодателя либо самого работника. Добровольное медицинское страхования осуществляется на основе договора об обязательном медицинском страховании. Очевидным преимуществом такой формы медицинского страхования заключается в том, что качество и полнота пакета медицинских услуг разительно выше, чем у обязательной страховой формы. Тем не менее, количество медицинских услуг варьируются в зависимости от договора, который предоставляет медицинская организация. Очевидным недостатком

такой формы является финансовая составляющая, ибо не каждый гражданин может себе позволить дополнительные расходы на добровольное медицинское страхование. В любом случае, если рассматривать данные формы, как единое целое, то получается достаточно эффективный механизм по защите населения в сфере медицины.

Рассматривая участников в правоотношениях связанных с обязательным медицинским страхованием, выделяются следующие субъекты. Застрахованные лица – это непосредственно гражданин, чьи материальные интересы были застрахованы в сфере медицинского страхования. Страхователем может выступать не только работодатель, но и сам работник, а также индивидуальный предприниматель. Страховые организации, особенность данного субъекта в том, что он не принимает непосредственного участия в реализации медицинской помощи, а только проводит страхование на основе лицензии выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. Медицинские организации представляют собой учреждения, которые имеют право предоставлять медицинские услуги. ФОМС И ТФОМС – кредитно-финансовые внебюджетные государственные фонды реализующие право граждан на получение медицинских услуг за счёт внесённых средств

Основной отличительной чертой договора обязательного страхования и добровольного заключается в последствиях невыполнения процедуры страхования. Так, если при составлении обязательного договора страховая организация откажет гражданину, то это повлечёт за собой негативные последствия для страховой организации, например, лишение лицензии. Договор обязательного медицинского страхования является основным документом в данной сфере.

Проведённый анализ территориальной программы Белгородской области позволяет сделать вывод, что прослеживается позитивная тенденция повышения эффективности медицинской помощи. Данный тезис подкрепляется множеством видов и форм медицинской помощи, оказываемые медицинскими

организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области.

Подводя итог, стоит сказать о том, что России всё же предстоит ещё долгий путь в развитии медицинской деятельности, так как необходимо более масштабное внедрение технологических оснащений в сферу медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] : от 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон N 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

4. Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон № 131-ФЗ от 06 октября 2003 г. (в ред. от 18 апреля 2018 г.) // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

5. Бюджетный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (ред. от 27.12.2018) // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

6. Гражданский кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : от 30 ноября 1994 г. N 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019) // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

7. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : закон Российской Федерации № 1499-1 от 28 июня 1991 г. (ред. от 24.07.2009) // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

8. О мерах по выполнению Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР [Электронный ресурс] : Постановление Правительства

Российской Федерации № 1018 от 11 октября 1993 г. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф»

9. Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения России № 1355н от 24 декабря 2012 г. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф»,

10. Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 10130н от 9 сентября 2011 г. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

11. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов [Электронный ресурс] : Постановление Правительства Белгородской области № 509-пп от 24 декабря 2018 г. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

12. Амбросьева Т.Г., Силаева А.А. Проблемы модернизации современной системы медицинского страхования в Российской Федерации [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ. – справочный портал М., 2016. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-modernizatsiisovremennoy-sistemy-meditsinskogo-strahovaniya-v-rf>

13. Бондарь Ю.В. Развитие медицинского страхования в России. – Финансовая, налоговая и денежно-кредитная политика. [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ.- справочный портал М., 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/razvitie-meditsinskogo-strahovaniya-v-rossii> (дата обращения 24.03.19)

14. Гура Г.М. Обязательное медицинское страхование: возможности и перспективы. [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ.- справочный портал М., 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stanovlenie-pensionnogo-obespecheniya-v-rossii-v-xvi-nachale-xx-vv> (дата обращения: 04.03.2019)

15. Зайков С.Н. Проблемы и перспективы реформирования обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ. – справочный портал А., 2018. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/problemy-i-perspektivy-reformirovaniya-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya> (дата обращения 19.03.19)

16. Ильясов М. М. Анализ современного состояния сферы обязательного медицинского страхования / М.М. Ильясов // Молодой ученый. — 2016. — №17. — С. 120-150.

17. Кулакова Е.А. Договорные отношения в системе обязательного медицинского страхования / Е.В. Кулакова // Страховые интересы современного общества и их обеспечение. – 2016. – С. 277-281.

18. Мархгейм М.В. Правоведение : учебник / М.В. Мархгейм, М.Б. Смоленский, Е.Е. Тонков; под ред. М.Б. Смоленского. – 9-е изд., испр. и доп. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 413 с.

19. Оношко С.С. Проблемы развития обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ. – справочный портал Б., 2016. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/problemy-razvitiya-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya>

20. Олишевская Т.Т, Савченко И.И. Система медицинского страхования России и ее проблемы. – Известия Дальневосточного федерального университета. Экономика и управление. [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ.- справочный портал М., 2016. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sistema-meditsinskogo-strahovaniya-rossii-i-ee-problemy>

21. Савченко И.И., Панурин В.Н. Целевой подход к анализу экономических интересов участников договора обязательного медицинского

страхования [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ. – справочный портал В., 2016. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/tselevoy-podhod-k-analizu-ekonomicheskikh-interesov-uchastnikov-dogovora-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya> (дата обращения 20.03.19)

22. Смолянинова И.Д. Медицинское страхование как основа здоровья населения / И.Д. Смолянинова // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2016. - № 12. – С. 24-37.

23. Цыганова О.А. Медицинское страхование: учебное пособие / О.А. Цыганова, И.В. Ившин; под ред. И.В. Ившина. – 2-е изд., испр и доп. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 440 с.

24. Чиркин В.Е. Конституция и социальное государство: юридические и фактические индикаторы / В.Е. Чиркин // Журнал российского права. – 2017. – №12. – С. 24-37.

25. Чумакова О.Л., Груздева М.С. Медицинское страхование [Электронный ресурс] // cyberleninka.ru: информ. – справочный портал В., 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskoe-strahovanie> (дата обращения 27.03.19)