

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Левина М. И., к. ю. н., старший научный сотрудник Института государства и права РАН

1. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

С 1 января 2011 г. вступил в силу новый федеральный закон об обязательном медицинском страховании (ОМС), сопровождаемый рядом подзаконных нормативно-правовых актов, направленных на реализацию данного закона.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ) (в дальнейшем — закон об ОМС) содержит ряд принципиальных новаций. Эти изменения во взаимоотношениях пациент — медучреждение — страховая компания — Федеральный фонд и территориальные органы имеют целью поставить во главу угла интересы пациента.

Итак, наиболее существенные изменения заключаются в следующем:

- пациент имеет право выбора страховой организации, медицинского учреждения, врача;
- медицинские учреждения финансируются из одного источника, оплата медицинских услуг происходит по полному тарифу;
- медицинский полис имеет единый вид на всей территории страны;

- вводится заявительный порядок участия в ОМС и равные условия для медицинских учреждений различной организационно-правовой формы и частнопрактикующих врачей.

Однако все эти замечательные изменения вводятся не непосредственно с 1 января 2011 г., а постепенно в течение двухлетнего переходного периода (ст. 53). В заключительных положениях закона (ст. 51) содержатся нормы, регламентирующие порядок перехода от действующей системы к обновленной.

Глава 2 закона посвящена полномочиям РФ и субъектов РФ в сфере ОМС. Двухлетний переходный период предусмотрен в первую очередь для вступления в силу положений именно этой главы. В сфере ОМС полномочия разделены следующим образом.

К полномочиям РФ относятся (ст. 5):

- разработка и реализация государственной политики в этой сфере;
- организация ОМС на всей территории страны;
- установление круга лиц, подлежащих ОМС;
- установление тарифов страховых взносов на ОМС и порядок их взимания;

- утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС;
- установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС;
- установление ответственности субъектов и участников ОМС за нарушение законодательства об ОМС;
- организация управления средствами ОМС; определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере ОМС, ведения персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и об оказанной им медицинской помощи;
- установление системы для защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС.

Часть федеральных полномочий передается на уровень субъектов РФ для организации ОМС, в частности следующие (ст. 6) :

- утверждение территориальных программ ОМС (соответствующих единым требованиям базовой программы). Реализация базовой программы осуществляется за счет и в пределах субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда;
- утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС (в соответствии с Правилами ОМС);
- регистрация и снятие с регистрации страхователей для неработающих граждан;
- администрирование финансовых средств, поступающих на ОМС для неработающих граждан;
- контроль за использованием средств на ОМС (включая проведение проверок и ревизий);
- осуществление расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, в соответствии с едиными требованиями базовой программы;
- обеспечение прав граждан в сфере ОМС в субъектах РФ;
- ведение персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах (как части единого регистра застрахованных лиц), а также персонафицированного учета сведений о медпомощи, оказанной застрахованным лицам;
- ведение отчетности в сфере ОМС.

Закон также устанавливает права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере ОМС органами государственной власти субъектов Российской Федерации (ст. 7), а также полномочия органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере ОМС (ст. 8).

В законе об ОМС содержится разделение на субъектов ОМС и участников ОМС. К субъектам

ОМС относятся застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд (ст. 9, ч. 1). Участниками ОМС являются: территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации (ст. 9, ч. 2).

Статья 10 содержит подробный перечень лиц, которые являются застрахованными. Застрахованными лицами могут быть не только граждане РФ, но и иностранные граждане (проживающие в стране постоянно или временно), лица без гражданства. Застрахованными лицами являются не только работающие, но и неработающие (несовершеннолетние дети, пенсионеры, студенты); лица, работающие по гражданско-правовым договорам; индивидуальные предприниматели, лица, занимающиеся частной практикой и некоторые другие.

Страхователей закон разделяет на две категории (ст. 11): для работающих граждан и для неработающих граждан. К первой категории относятся:

- лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам;
- организации;
- индивидуальные предприниматели;
- физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- лица, занимающиеся частной практикой (адвокаты, нотариусы).

Ко второй категории относятся органы исполнительной власти субъектов РФ. Именно они являются

плательщиками страховых взносов на ОМС неработающих лиц.

Страховщиком по ОМС является Федеральный фонд, который и создан с целью реализации государственной политики в сфере ОМС (ст. 12).

Застрахованные лица (т. е. пациенты) в соответствии с законом имеют права и обязанности, закрепленные в ст. 16. Они имеют следующие права:

- бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая¹: а) на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС; б) на территории субъекта РФ, в котором выдан полис, в объеме, предусмотренном территориальной программой ОМС. В случае причинения ущерба в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления или оказанию медицинской помощи, застрахованное лицо имеет право на возмещение ущерба страховой медицинской организацией или медицинской организацией;
- выбор и замена страховой медицинской организации (которые осуществляются путем подачи заявления в соответствии с правилами ОМС); выбор медицинской организации (только из тех, которые участвуют

¹ *Страховой случай* — совершившееся событие, т. е. заболевание, травма, другое состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия. При наступлении такого случая лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС. *Страховое обеспечение* по ОМС — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

в реализации территориальной программы ОМС); выбор врача (путем подачи заявления);

- получение достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медпомощи от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций;
- защита персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

Обязанности застрахованных лиц корреспондируют правам:

- предъявление полиса ОМС при обращении за медпомощью;
- подача заявления в страховую медицинскую организацию о выборе медицинской организации (в том числе и при изменении места жительства);
- уведомление страховой медицинской организации об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства.

В свою очередь, страхователи имеют право получать информацию от Федерального фонда, территориальных органов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на ОМС. В обязанности страхователя входит регистрация и снятие с регистрационного учета в целях ОМС; своевременная, осуществленная в полном объеме уплата страховых взносов на ОМС (ст. 17, ч. 1, 2).

Страхователи также несут ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхо-

вателей для неработающих граждан (ст. 18).

Как уже было сказано, к участникам ОМС относятся: территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

Территориальные фонды созданы для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъектов РФ. Они осуществляют отдельные полномочия страховщика при реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС, а также полномочия страховщика в той части территориальных программ ОМС, которые устанавливают дополнительные (к базовой программе) объемы страхования и дополнительные основания, перечни страховых случаев, видов и условий оказания медпомощи (ст. 13).

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС, представляет собой страховую организацию, имеющую лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (ст. 14, ч. 1). Специфика страховых медицинских организаций заключается в том, что они могут заниматься только медицинским страхованием — как обязательным, так и добровольным.

Средства, предназначенные для оплаты медпомощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (целевые средства).

Вся деятельность в связи с ОМС в значительной степени зависит от содержания договоров, которые регламентируют отношения между страховыми медицинскими ком-

паниями и другими участниками (ст. 37).

Закон содержит перечень условий и требований, которые должны содержаться в договоре о финансовом обеспечении ОМС, заключенном страховой медицинской организацией с территориальным фондом.

В центре внимания, по замыслу законодателя, находятся права застрахованных лиц. Защиту их прав закон возлагает на страховые медицинские организации (ст. 38). Отсюда возникает обязанность страховой медицинской организации рассматривать обращения и жалобы граждан и осуществлять деятельность по защите их прав (ст. 38, ч. 2, п. 12). Среди прочего, в соответствии с законом и договором, на страховую медицинскую организацию возлагается обязанность информировать застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления им медпомощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медпомощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса ОМС (ст. 38, ч. 2, п. 8).

Страховая медицинская организация осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи в медицинских организациях. Для исполнения этой обязанности страховая медицинская организация может проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медпомощи (ст. 38, ч. 2, п. 10), а также

привлекать экспертов качества медпомощи (ст. 38, ч. 3, п. 5).

Закон также устанавливает ответственность страховых медицинских организаций за неисполнение условий договора или их нарушения (ст. 38, ч. 13, 14).

Договор на оказание и оплату медпомощи по ОМС заключается между медицинской организацией² и страховой медицинской организацией.

В соответствии с договором, медицинская организация оказывает медпомощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация должна оплатить оказанную медпомощь. При заключении этого договора закон также требует включения положений об обязанностях страховой медицинской организации.

Страховые медицинские организации не имеют права отказать в заключении договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС медицинской организации, выбранной застрахованным лицом. При этом оплата медпомощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в пределах объемов предоставления медпомощи и осуществляется по тарифам на оплату медпомощи в соответствии с установленным порядком оплаты медпомощи по ОМС.

Кроме того, в договоре должны содержаться положения об ответственности сторон. Так, за неоплату или несвоевременную оплату медпомощи, оказанной по договору, страховая медицинская организация уплачивает медицинской организа-

² Медицинская организация должна быть включена в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС. Для этих организаций решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медпомощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС.

ции пени за каждый день просрочки за счет собственных средств. В свою очередь, если медицинская организация отказывается в предоставлении медпомощи или несвоевременно оказывает ее или же оказывает медпомощь ненадлежащего качества, она уплачивает штраф, порядок и размеры которого устанавливаются договором.

В том случае, если медицинская организация нецелевым образом использует средства, поступившие в качестве оплаты за оказанную медпомощь, она уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования и пени. Те средства, которые были использованы нецелевым образом, медицинская организация должна вернуть в бюджет территориального фонда в течение 10 дней со дня предъявления фондом соответствующего требования (ст. 39).

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития) была утверждена форма типового договора о финансовом обеспечении ОМС на 2011 г. (от 24 декабря 2010 г. № 1185н). К форме типового договора прилагается перечень санкций за нарушение договорных обязательств. В этом перечне содержится список нарушений и финансовые санкции за каждое из них, штрафы выплачиваются за счет собственных средств страховой медицинской организации. Другим приказом Минздравсоцразвития утверждена типовая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (от 24 декабря 2010 г. № 1184н)³.

В соответствии с законом и правилами ОМС, страховые медицинские организации обязаны

различными способами (на официальных сайтах в сети Интернет, в СМИ и др.) предоставлять информацию о своей деятельности, ее финансовых результатах, составе учредителей, опыте работы, количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, видах, качестве и условиях предоставления медпомощи, нарушениях при предоставлении медпомощи, правах и обязанностях граждан в сфере ОМС, порядке получения полиса ОМС (ст. 14, ч. 9).

Страховая медицинская организация обязательно должна быть включена в реестр соответствующих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере ОМС (ст. 4).

Еще одним участником ОМС являются медицинские организации. Они должны обладать правом осуществления медицинской деятельности и входить в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. При этом медицинская организация не имеет права в течение первого года осуществления деятельности в сфере ОМС прекратить эту деятельность. Исключением может быть только ликвидация организации, лишение ее права предоставлять медпомощь или банкротство.

Примечательно, что для медицинских организаций допускается любая организационно-правовая форма. К медицинской организации может быть приравнен индивидуальный предприниматель, занимающийся частной медицинской практикой.

Важно и то, что медицинская организация, которая действует на основании договора на оказа-

³ Российская газета. 2001. 11 февраля. С. 31, 32.

ние и оплату медицинской помощи по ОМС, не может отказать застрахованным лицам в предоставлении медпомощи в соответствии с территориальной программой ОМС (ст. 15).

Медицинские организации обладают рядом прав и обязанностей. Так, они имеют право на получение средств за оказанную медпомощь (на основании договоров) в соответствии с установленными тарифами на оплату медпомощи по ОМС, а также право обжалования заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи (ст. 20, ч. 1).

В обязанности медицинских организаций входит (ст. 20, ч. 2):

- бесплатное оказание медпомощи застрахованным лицам в рамках программ ОМС;
- ведение персонифицированного учета сведений о медпомощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставление страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медпомощи (постольку, поскольку эти сведения необходимы для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи);
- предоставление отчетности о деятельности в сфере ОМС;
- использование средств ОМС, полученных за оказанную медпомощь, в соответствии с программами ОМС;
- размещение на своем официальном сайте в сети

Интернет информации о режиме работы, видах оказываемой медпомощи, а также предоставление подобной информации застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду.

Важной составной частью рассматриваемого закона являются положения главы 5 о финансовом обеспечении ОМС, которые содержат немало новаций.

Средства ОМС складываются из доходов от уплаты страховых взносов на ОМС и недоимок по взносам и налоговым платежам; средств федерального бюджета, которые передаются в бюджет Федерального фонда (при компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов на страховые взносы на ОМС); средств региональных бюджетов, передаваемых в бюджеты территориальных фондов; доходов от размещения временно свободных средств (ст. 21).

Закон различает уплату страховых взносов на ОМС работающего и неработающего населения. Уплата страховых взносов на ОМС работающего населения регулируется Федеральным законом «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ). Порядок уплаты, период, сроки уплаты страховых взносов на ОМС неработающим населением и некоторые другие вопросы регламентируются рассматриваемым законом об ОМС (ст. 24). Закон также предусматривает меру ответствен-

ности за неуплату страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Закон подробно регламентирует состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов, формирование средств страховой медицинской организации и порядок их расходования, порядок расчета тарифов на оплату медпомощи по ОМС (ст. 26).

ОМС складывается из двух частей (двух программ): базовой и территориальной. Базовая программа представляет собой основную часть государственных гарантий бесплатного оказания медпомощи. Для застрахованных лиц это означает, что их права на оказание бесплатной медпомощи являются едиными на всей территории страны.

Базовая программа определяет: виды медпомощи; перечень страховых случаев; структуру тарифа на оплату медпомощи; способы оплаты медпомощи; критерии доступности и качества медпомощи. Базовая программа содержит требования к условиям оказания медпомощи, а также устанавливает нормативы: объемов предоставления медпомощи в расчете на одно застрахованное лицо, финансовых затрат на единицу объема предоставления медпомощи, обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо; рассчитывается также коэффициент удорожания базовой программы ОМС.

Базовая программа основывается на стандартах и порядке оказания медпомощи. Она предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи, профилактической помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медпомощи, предоставляемой

в случаях, указанных законом (ст. 35, ч. 1–7).

Одним из важнейших положений закона об ОМС является норма о структуре тарифа на оплату медпомощи. Закон устанавливает принцип одноканального финансирования, в соответствии с которым тариф складывается из следующих расходов (ст. 35, ч. 7):

- заработная плата, начисления на оплату труда;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария;
- продукты питания и организация питания;
- оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, реактивов и химикатов;
- оплата услуг связи, транспорта, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, арендная плата за пользование имуществом, оплата программного обеспечения;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций;
- прочие расходы (приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб.).

Территориальная программа является другой составной частью программы ОМС. Требования к территориальной программе обусловлены базовой программой, а сама она устанавливается субъектом РФ. В то время как базовая программа действует на территории всей страны, территориальная действует на территории субъекта РФ с учетом специфики региона, структуры заболеваемости, возможностей финансового обеспечения. Территориаль-

ная программа субъекта РФ имеет такую же структуру, как и базовая программа.

Финансовое обеспечение территориальной программы происходит за счет платежей субъектов РФ, которые уплачиваются в бюджет территориального фонда соответствующего региона. Эти платежи представляют собой разницу между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ.

Территориальная программа ОМС может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медпомощи в дополнение к тем, которые установлены базовой программой. В первую очередь должны быть выполнены требования базовой программы. И только в случае ее выполнения могут быть предоставлены дополнительные условия.

При этом стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на ее реализацию, установленный законом о бюджете территориального фонда (ст. 36).

Закон об ОМС содержит ряд норм, регламентирующих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи, он осуществляется посредством проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медпомощи. В сущности, эти положения являются краеугольным камнем ОМС, так как именно эти механизмы позволяют обеспечить права застрахованных лиц на оказа-

ние качественной и своевременной медпомощи.

Медико-экономический контроль представляет собой проверку соответствия поданных сведений об объеме предоставленной медпомощи (т. е. счетов, представленных к оплате медицинской организацией) территориальной программе ОМС и тарифам на оплату медпомощи. Медико-экономическая экспертиза, проводимая специалистом-экспертом с соответствующей квалификацией, устанавливает соответствие фактических сроков и объемов оказания медпомощи записям в первичной медицинской документации и учетно-расчетной документации медицинской организации. Экспертиза качества медпомощи нацелена на выявление нарушений при оказании медпомощи, включая оценку правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата, а также на установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медпомощи. В связи с этим экспертом качества медпомощи может быть только врач — специалист с высшим образованием, со стажем работы по соответствующей специальности не менее 10 лет, имеющий свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат. Кроме того, эксперт должен пройти подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС (ст. 40).

В случае выявления нарушений закон предусматривает санкции к медицинским организациям. Та сумма, которая не оплачивается в результате проведения медико-экономического контроля или экспертизы, удерживается из средств, покрывающих объем оказанной медпомощи, либо должна быть возвращена страховой медицинской организации.

Существенно и то, что неоплата, неполная оплата или уплата штрафа за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медпомощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного медицинской организацией (ст. 41).

В свою очередь, медицинская организация может обжаловать заключение страховой медицинской организации, содержащее оценку контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи. Сроки и порядок представления претензий устанавливаются законом (ст. 42).

Эти положения закона развиваются и конкретизируются «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденным приказом Федерального фонда ОМС (от 01.12.2010 г. № 230).

Данный подзаконный акт устанавливает следующие цели проведения контроля:

- обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой ОМС;
- защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой ОМС, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС, в соответствии с до-

говорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- предупреждение дефектов медицинской помощи из-за несоответствия оказания медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица, предупреждение невыполнения или неправильного выполнения порядка оказания медицинской помощи и (или) стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятия мер уполномоченными органами;
- проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программе ОМС;
- проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;
- оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в ОМС.

Закон об ОМС также устанавливает требования к организации персонализированного учета (ст. 43, 47, 48, 49) и порядку выдачи полиса (ст. 46).

Еще одним «столпом» ОМС и важным новшеством в этой сфере является введение единого полиса ОМС на всей территории страны. Полис ОМС представляет собой документ, который удостоверяет право застрахованного лица на бесплатное оказание медпомощи на всей территории РФ в объеме, который предусмотрен базовой программой ОМС. Правила ОМС предъявляют к этому документу единообразные требования (ст. 45).

Составной частью закона об ОМС является «Программа модернизации здравоохранения», без которой невозможно введение системы ОМС в том виде, в каком это предусматривает закон. Предусматривается финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения, которое обеспечивается за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда в размере 2% от средств страховых взносов на ОМС⁴, 2% от средств бюджетов субъектов РФ и бюджетов территориальных фондов (ст. 50, ч. 1, 2).

Закон также устанавливает основные направления расходования средств в рамках региональных программ модернизации здравоохранения (ст. 50, ч. 3).

Результатом такой деятельности должен стать паспорт системы здравоохранения субъекта РФ с подробным перечнем сведений, который устанавливает данный закон (ст. 50, ч. 4).

Реализация закона (ее результативность) зависит от многих моментов. Частично на ее успешность работают заключительные положения закона, предусматривающие

переходный период. Принят ряд подзаконных нормативных актов, обеспечивающих и поддерживающих действие закона об ОМС. Среди них «Правила обязательного медицинского страхования», утвержденные приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н) и «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год», утвержденная постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 г. № 782.

Правила устанавливают:

- порядок подачи заявления о выборе или замене страховой медицинской организации застрахованным лицом;
- единые требования к полису ОМС;
- порядок выдачи полиса ОМС;
- порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- порядок направления территориальным фондом ОМС сведений о принятом решении по оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;
- порядок оплаты медицинской помощи по ОМС;
- порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахо-

⁴ В соответствии с Федеральным законом «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ).

ванным лицам за пределами субъектов РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

- порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС;
- методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС;
- порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС, застрахованным лицам за счет средств ОМС в медицинских организациях, находящихся за пределами территории РФ;
- требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации;
- порядок заключения и исполнения договоров территориальных фондов ОМС со страховыми медицинскими организациями в 2011 г.

С формальной точки зрения, документально действие закона об ОМС подготовлено, дело осталось за «малым» — наполнить эти акты и, особенно, договоры реальным содержанием, что позволит реализовать права застрахованных лиц на практике, начиная с права на получение полной и достоверной информации и заканчивая правом на защиту и возмещение ущерба при неоказа-

нии или ненадлежащем оказании медицинской помощи.

2. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ

Драматично происходило изменение Федерального закона «Об обязательном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (от 29.12.2006 № 255-ФЗ с последующими изменениями). В декабре 2010 г. в этот закон были внесены несколько изменений⁵, которые существенно затрагивали интересы застрахованных лиц, особенно беременных женщин и молодых матерей. Причина нововведений объяснялась необходимостью сэкономить средства бюджета Фонда социального страхования РФ (ФСС), а также весьма странными рассуждениями о том, что некоторые организации повышали своим работницам зарплату незадолго до их выхода в декретный отпуск, тем самым повышая размер пособия. Кроме того, предлагались такие радикальные меры, как повышение стажа для выплаты пособия в размере 100% от среднего заработка⁶. Однако эти предложения не прошли.

Одно из новшеств затрагивает скорее работодателей, чем собственно застрахованных лиц. За счет средств работодателя оплачиваются первые три дня временной не-

⁵ О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 08.12.2010 г. № 343-ФЗ.

⁶ Так, в частности, предлагалось выплачивать пособие в размере 100% от среднего заработка лицам со стажем от 15 лет и выше, 80% — со стажем от 8 до 15 лет, 60% — для тех, у кого стаж менее 8 лет.

трудоспособности (до этого было два дня), а за остальной период, начиная с четвертого дня, оплата временной нетрудоспособности происходит за счет бюджета ФСС (ст. 3, ч. 2, п. 1).

Другие изменения, внесенные в закон, касались нового порядка, по которому рассчитывается пособие по беременности и родам, а также уходу за ребенком до 1,5 лет. Вот эта проблема и стала центральным пунктом возникших разногласий.

Размер пособия (в соответствии с декабрьскими изменениями) рассчитывался исходя из двухлетнего заработка застрахованного лица. Под давлением общественности формула расчета была смягчена и введен переходный период, в течение которого женщина могла использовать прежний порядок расчета, если ей это было выгодно. Порядок такого расчета был заявительным, т. е. нужно было подать заявление работодателю (там, где рассчитывалось пособие). Таким образом, женщины могли выбрать тот вариант, который был для них наиболее выгоден.

Предлагаемый порядок расчета, строго говоря, был справедлив, поскольку размер пособия зависел от выплаченных взносов. Таким образом, соблюдался основной страховой принцип. С другой стороны, соблюдение принципа страхования противоречит проводимой демографической политике. Беременные женщины, матери, находящиеся в отпусках по уходу за ребенком до 1,5 лет попадали в неблагоприятные условия. Такие же неблагоприятные условия складывались и для тех работников, которые, например, в течение двух последних лет долгое время болели или ухаживали за больными детьми. Выплаты по больничным не включали-

лись в общий размер заработка за это время. При этом общая сумма должна была делиться не на фактически отработанные, а на календарные дни (730 дней).

Для женщин, имеющих детей (если они находились до ухода в декрет в отпуске по беременности и родам или в отпуске по уходу за ребенком до 1,5 лет), были сделаны послабления: они могли представить для расчета пособия другой двухлетний период.

Внесенные изменения, даже с послаблениями (носящими, впрочем, временный характер), вызвали не только многочисленные жалобы президенту, но и открытый протест молодых матерей и беременных женщин. В связи с этим правительство по заданию президента подготовило очередные изменения в действующий закон о социальном страховании. Последние изменения были зафиксированы Федеральным законом (от 25.02.2011 г. № 21-ФЗ).

Суть этих изменений сводится к следующему:

- переходный период, в течение которого сохраняется право выбора женщины на расчет пособия по одному из двух вариантов, сохраняется на два года (а не на один), т. е. до 31 декабря 2012 г., в течение этого времени женщины могут рассчитать свое пособие по наиболее выгодному варианту;
- с 1 января 2013 г. в силу вступает новый порядок расчета пособий на основе среднего заработка за два года;
- из этого двухлетнего периода исключается время нахождения в отпуске по беременности и родам, временной нетрудоспо-

способности, отпуск по уходу за ребенком до 1,5 лет, дополнительно оплачиваемые дни для ухода за ребенком-инвалидом и некоторые другие, т. е. исключаются все те периоды, когда женщина получала ограниченные выплаты вместо

полного заработка, что увеличивает общую сумму пособия.

Представляется, что положения, внесенные февральской редакцией закона, являются разумным компромиссом между принципами страхования и проводимой демографической политикой.