

Обязательное медицинское страхование является составной частью системы государственного социального страхования и занимает особое место в системе социальной защиты населения.

Договор обязательного медицинского страхования: актуальные проблемы правового регулирования

И.В. Ившин,

*канд. мед. наук, доцент кафедры гражданского права и процесса
ГОУВПО "Архангельский государственный технический университет"*

А.С. Рябков,

*ведущий юрисконсульт Архангельского областного фонда обязательного
медицинского страхования*

О.А. Цыганова,

*канд. мед. наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
ГОУВПО "Северный государственный медицинский университет Росздрава",
г. Архангельск*

Развитие системы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) имеет очевидные перспективы, учитывая зарубежный опыт и планы Правительства РФ по улучшению медицинского обслуживания населения. На это указывают и последние нововведения в здравоохранении: приоритетный национальный проект "Здоровье", включающий развитие диспансерной помощи населению, дополнительное лекарственное обеспечение и др. Статьей 16 Федерального закона от 29.12.06 № 243-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год" уже в текущем году предусмотрено направление 4 млрд руб. из федерального бюджета на проведение пилотного проекта, целью которого является повышение качества услуг в сфере здравоохранения, с ориентацией на конечный результат и с поэтапным переходом на преимущественно одноканальное финансирование.

Можно без преувеличения сказать, что ОМС в настоящее время представляет собой наиболее массовый вид страхования и является основной формой социальной защиты населения в сфере охраны здоровья.

В Федеральном законе от 16.07.99 № 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" ОМС определяется как система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию и/или минимизацию последствий изменения материального и/или социального положения граждан вследствие необходимости получения ими медицинской помощи и наступления других социальных рисков, подлежащих обязательному социальному страхова-

ОМС в настоящее время представляет собой наиболее массовый вид страхования и является основной формой социальной защиты населения в сфере охраны здоровья

нию. В этой связи многие авторы, как нам видится, небезосновательно относят ОМС к разряду социального страхования. Такая позиция подтверждается также тем, что в соответствии со ст. 16 Конвенции Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человека от 26.05.95¹ социальное обеспечение включает социальное страхование, в т. ч. на случай болезни.

3
3

В соответствии с Законом РФ от 28.06.91 № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп.; далее - Закон о медицинском страховании) основная цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Применительно к ОМС данную цель можно конкретизировать следующим образом: обеспечить всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

a.

Права и обязанности субъектов страхования

об
об.

Одним из главных условий реализации обозначенных гарантий является обеспечение постоянного источника финансирования системы здравоохранения, т. к. в соответствии с п. 1 ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. В связи с переходом системы финансирования здравоохранения от административных методов к гражданско-правовым, возникла необходимость обеспечения их надлежащего правового регулирования. В соответствии с общепризнанными нормами гражданского права отношения между субъектами гражданских правоотношений строятся на основании договора. В связи с этим в новой схеме финансирования здравоохранения требовалось разработать целую систему договорных отношений, причем за образец была взята признанная во многих странах система страховой медицины.

Необходимо отметить, что такую систему нельзя назвать страховой. Ряд авторов высказывает мнение, что она вообще не относится к страхованию как к таковому. С подобными доводами трудно согласиться. Страховая медицина, безусловно, подчиняется общим принципам страхового права, однако относится к особому виду страхования - социальному.

см

Центральное место в системе страховой медицины занимает договор ОМС как основной акт, порождающий юридические права и обязанности субъектов страхования. В связи с заключением этого договора возникает обязанность страхователя по уплате страховых взносов, обязанность страховщика по организации и финансированию предоставления медицинской помощи застрахованному, а следовательно - обязанность оформить договорные отношения с ЛПУ. Одновременно возникает обязанность территориального фонда ОМС (далее - ТФОМС) заключить договор финансирования страховой медицинской организации (далее - СМО) при наличии у нее договоров со страхователями и ЛПУ. Возникают права страхователя и застрахованного лица на предъявление требования к страхов-

см
о
со

Центральное место в системе страховой медицины занимает договор ОМС как основной акт, порождающий юридические права и обязанности субъектов страхования

¹ Конвенция ратифицирована Федеральным законом от 04.11.95 № 163-ФЗ.

щику по предоставлению медицинской помощи застрахованному и ряд других прав и обязанностей. Таким образом, установление всех прочих договорных отношений в системе ОМС напрямую зависит от заключения договора ОМС.

Вместе с тем в современной научной литературе проблемы договора ОМС освещаются явно недостаточно. Д.М. Селуянов справедливо отмечает, что договорные отношения в системе ОМС "...урегулированы с существенными недостатками, а договоры обязательного медицинского страхования пока не были предметом серьезного исследования".

Застрахованные лица, не являясь стороной договорного соглашения, обладают правом предъявления требований к страховой медицинской организации за невыполнение условий

Легальное определение, содержание и форма договора ОМС предусмотрены ст. 4 Закона о медицинском страховании. Договор ОМС относится к числу двусторонних сделок. Он в обязательном порядке заключается в письменной форме. Нарушение данного требования влечет в силу ч. 2 п. 1 ст. 940 Гражданского кодекса РФ (далее - ГК РФ) недействительность страховой сделки. Сторонами договора ОМС являются страхователь и СМО. Предметом договора является уплата страхователем страховых взносов, а также организация и финансирование страховой медицинской организацией предоставления застрахованным гражданам медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам ОМС.

Поскольку целью заключаемого договора является предоставление застрахованным гражданам медицинской помощи, то необходимо определить правовое положение застрахованных в данном договоре. Не являясь стороной договорного соглашения, они в соответствии со ст. 27 Закона о медицинском страховании получают самостоятельное право предъявлять требования к СМО по заключенному договору за невыполнение условий договора ОМС, а в соответствии со ст. 6 Закона о медицинском страховании - право на предъявление иска к СМО независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования. Таким образом, застрахованные, получая самостоятельное право требования, становятся субъектом обязательственного правоотношения, возникающего на основании заключенного договора ОМС. Именно такую ситуацию предусматривает ст. 430 ГК РФ, регулирующая договоры в пользу третьих лиц.

Страхователи делятся на две группы: страхователи работающего населения (юридические и физические лица) и страхователи неработающего населения (органы исполнительной власти и органы местного самоуправления)

Страхователем по договору ОМС является лицо, уплачивающее страховые взносы. Закон о медицинском страховании подразделяет страхователей на две группы (ст. 2 Закона о медицинском страховании): страхователи работающего населения (юридические и физические лица) и страхователи неработающего населения (органы исполнительной власти и органы местного самоуправления). В соответствии с действующим законодательством органы исполнительной власти перечисляют средства на ОМС неработающего населения в объемах, гарантирующих предоставление медицинских услуг указанной категории граждан в рамках Территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Порядок уплаты страховых взносов

Обращает на себя внимание двойственность страховых взносов, уплачиваемых страхователями работающего населения: с одной стороны, они являются способом исполнения договора ОМС, а с другой - налоговым бременем. Обязанность уплачивать страховые взносы (а фактически - единый социальный налог или иной подобный налог в части, подлежащей зачислению в бюджеты фондов ОМС) возникает у страхователя работающего населения независимо от того, заключен им договор ОМС или нет. Эту позицию подтверждает и складывающаяся арбитражная практика, согласно которой действующим законодательством обязанность уплаты единого социального налога в части, зачисляемой в бюджеты фондов ОМС, не ставится в зависимость от заключения работодателем договора ОМС¹. Действительно, сама возможность не уплачивать в подобном случае страховые взносы нарушала бы принцип индивидуальной безвозмездности налогового бремени, установленный п. 1 ст. 8 Налогового кодекса РФ (далее - НК РФ)².

Страхователи работающего населения обязаны уплачивать страховые взносы в бюджет в составе единого социального налога или иного подобного налога по ставкам

Необходимо также отметить тот факт, что страхователи работающего населения обязаны уплачивать, **страховые** взносы не непосредственно страховщику, а в бюджет в составе единого социального налога или иного подобного налога по ставкам, ус 1 <топленным НК РФ. Таким образом, исполнение страхователем работающего населения его обязанности по уплате страховых взносов фактически осуществляется путем уплаты налогов.

В соответствии с типовыми **договорами** ОМС контроль за своевременностью и полнотой уплаты **страховых** взносов осуществляется согласно Положению о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования³ (далее - Положение) и Инструкции о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование⁴. Необходимо отметить, что Положение утратило силу в части порядка уплаты страховых взносов работодателей - предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйствующих субъектов - в Федеральный и территориальные фонды ОМС (ст. 2 Федерального закона от 05.08.00 № 118-ФЗ "О введении в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации и внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах" (с изм. и доп.)) в связи с тем, что с 1 января 2001 г. взносы в государственные внебюджетные фонды уплачиваются в составе единого социального налога, порядок исчисления и уплаты которого установлен главой 24 НК РФ. Таким образом, в настоящее время порядок уплаты взносов на ОМС работающего населения установлен НК РФ, однако соответствующие изменения в типо-

Фактически контроль за уплатой страховых взносов осуществляет Федеральная налоговая служба и ТФОМС

¹ См. решение Арбитражного суда Архангельской области от 23.11.06 по делу № А05-11439/2006-35, решение Арбитражного суда Архангельской области от 25.04.07 по делу № А05-1140/2007, постановление Федерального арбитражного суда Северо-Западного округа от 26.03.07 по делу № А05-5992/2006-29.

² Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 31.07.98 № 147-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1998. № 31. Ст. 3824.

³ Утверждено постановлением ВС РФ от 23.02.93 № 4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год" (с изм. и доп.).

⁴ Утверждена постановлением Совета Министров - Правительства РФ от 11.10.93 № 1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"» (с изм. и доп.).

вой договор внесены не были. Это, несомненно, необходимо сделать. Также следует привести в соответствие с налоговым законодательством само Положение, т. к. отношения со страхователем-работодателем оно более не регулирует.

Фактически контроль за уплатой страховых взносов осуществляется в настоящее время Федеральной налоговой службой (в отношении страхователей работающего населения) и ТФОМС (в отношении страхователей неработающего населения).

Финансирование ТФОМС деятельности СМО осуществляется в объеме зачисленных средств по заключенным им договорам ОМС граждан, при этом СМО не имеют права контролировать своевременную уплату страховых взносов

В ранее действовавшей редакции (до 2003 г.) Типового договора о финансировании ОМС, заключаемого между страховщиком и ТФОМС, предметом договора являлось финансирование ТФОМС деятельности СМО в объеме, обеспечивающем выполнение ею обязательств по заключенным договорам ОМС граждан. В ныне действующей редакции Типового договора территориального фонда со СМО, который сейчас является приложением к Типовым правилам обязательного медицинского страхования граждан, утвержденным Федеральным фондом ОМС от 03.10.03 № 3856/30-3/и (с изм. и доп.), предметом данного договора, в частности, является финансирование ТФОМС деятельности СМО в объеме зачисленных финансовых средств по заключенным им договорам ОМС граждан. Таким образом, складывается ситуация, при которой финансирование СМО зависит от исполнения страхователем своей обязанности по уплате страховых взносов, а контролировать их уплату и принимать меры реагирования в случае их неуплаты она не может. В связи с этим представляется целесообразным внесение в типовые договоры ОМС и соответствующие нормативные акты нормы об отчете страхователя перед страховщиком по уплате страховых взносов, что дало бы возможность страховщику контролировать исполнение страхователем обязанности по уплате страховых взносов и при необходимости своевременно предъявлять к нему иск о понуждении к исполнению договора. Это также позволило бы увеличить процент собираемости налогов в части, зачисляемой в бюджеты фондов ОМС, т. к. загруженность Федеральной налоговой службы и пресекательные сроки, установленные налоговым законодательством, не всегда позволяют своевременно и полно взыскать задолженность.

Кто может быть застрахованным лицом, а кто страховщиком

Застрахованным по договору ОМС может быть любое физическое лицо

Застрахованным по договору ОМС может быть любое физическое лицо. Застрахованными являются граждане РФ (ст. 6 Закона о медицинском страховании), лица без гражданства (ст. 7 Закона о медицинском страховании), иностранные граждане, постоянно проживающие на территории РФ (если иное не установлено международным договором) и иностранные граждане, временно находящиеся на территории РФ (ст. 8 Закона о медицинском страховании). Кроме того, установленное Законом о медицинском страховании правовое регулирование позволяет также квалифицировать договор ОМС как публичный договор.

Действительно, отличительными особенностями публичного договора (его существенными признаками и условиями) являются: заключение его коммерческой организацией; наличие у данной организации обязан-

ности по оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится; цена услуг, а также иные условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей. В случаях, предусмотренных законом, Правительство РФ может издавать правила, обязательные для сторон при заключении и исполнении публичных договоров (ст. 426 ГК РФ). Следует согласиться с тем, что договор ОМС в полной мере удовлетворяет всем этим требованиям. Изложенное находит свое подтверждение и в арбитражной практике. Так, Федеральный арбитражный суд Северо-Западного округа при рассмотрении кассационной жалобы на решение арбитражного суда Архангельской области по делу № 231/5 указал, что "... договор обязательного медицинского страхования является публичным договором"¹.

о
S
ИГ

Страховщиком может быть только юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование на основании специального государственного разрешения (лицензии) на право заниматься медицинским страхованием

В соответствии с ч. 4 ст. 2 Закона о медицинском страховании страховщиком может быть только юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование на основании специального государственного разрешения (лицензии) на право заниматься медицинским страхованием. Страховая медицинская организация должна обладать уставным капиталом в размере не менее 30 млн руб. (п. 3 ст. 25 Закона РФ от 27.11.92 № 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации"; с изм. и доп.). Этот размер капитала должен быть обеспечен для существовавших по состоянию на 17 января 2004 г. страховых медицинских организаций до 1 июля 2007 г., а для вновь создаваемых - уже с момента вступления соответствующей редакции Закона о страховом деле в силу. В соответствии с п. 1 ст. 2 Федерального закона от 10.12.03 № 172 ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации» (с изм. и доп.) предусматривается поэтапное увеличение размера уставного капитала страховых организаций. Например, до 1 июля 2006 г. размер уставного капитала должен был быть сформирован до двух третей установленного размера, т. е. до 20 млн руб. У страховых медицинских организаций, которые нарушили данное требование Закона, лицензии были отозваны.

С
О
У
Е
Г
Ш

Ограничение доступа страховых медицинских организаций на рынок страховой медицины

Необходимо отметить, что п. 8 постановления Верховного совета РФ от 24.02.93 № 4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год" было разрешено в 1993 г. филиалам ТФОМС в случае отсутствия на соответствующих территориях медицинских страховых организаций осуществлять обязательное медицинское страхование граждан. В действительности же такая ситуация продолжалась достаточно долго. На начальном этапе это было связано со становлением СМО, а позднее - с умышленным препятствованием допуску на рынок страховой медицины страховщиков со стороны ТФОМС, обусловленным желанием полностью контролировать сферу страховой медицины в регионах и соответственно денежные потоки на ОМС.

о
S
ИГ

¹ Дело № 231/5 // Архив Арбитражного суда Архангельской области. 1996.

Органы государственной власти субъекта РФ не имеют права принимать нормативно-правовые акты, ограничивающие доступ на рынок страховых медицинских организаций

Механизмом ограничения доступа СМО на рынок со стороны фондов в подобных случаях является уклонение от заключения договоров финансирования со страховщиками, осуществляемое различными способами, - как путем просто бездействия, так и путем включения в правовые акты субъекта РФ норм, ограничивающих доступ на рынок тех или иных страховых медицинских организаций. Подобные деяния территориальных фондов неоднократно были предметом судебного разбирательства. Так, например, Федеральный арбитражный суд Северо-Западного округа в постановлении от 26.12.06 по делу № А56-30794/2005 удовлетворил иск СМО о понуждении ТФОМС к заключению договора финансирования и указал, что "обязанность территориального фонда обязательного медицинского страхования по финансированию обязательного медицинского страхования не является частно-правовой обязанностью и не зависит от усмотрения фонда", а Верховный Суд РФ при рассмотрении дела № 83-Г00-2 указал, что "возложение областной администрацией на исполнительную дирекцию территориального фонда обязательного медицинского страхования обязанности по осуществлению финансирования самостоятельно, минуя страховые медицинские организации, противоречит федеральному законодательству". Таким образом, органы государственной власти субъекта РФ не вправе принимать нормативно-правовые акты, ограничивающие доступ на рынок страховых медицинских организаций. Такие действия, кроме того, противоречат и законодательству РФ о защите конкуренции.

Проблема определения страхователей неработающего населения

До сих пор не решен вопрос о том, кто должен быть страхователем неработающего населения: органы местного самоуправления или органы исполнительной власти субъекта РФ

Одной из актуальных проблем правового регулирования договора ОМС на современном этапе является проблема определения страхователей неработающего населения.

На практике нередко возникали споры о том, кто должен быть страхователем неработающего населения: органы местного самоуправления или органы исполнительной власти субъекта РФ. Данный вопрос был рассмотрен Конституционным Судом РФ, который в своем определении от 08.04.03 № 131-0 «По запросу Арбитражного суда Сахалинской области о проверке конституционности положений статьи 17 Закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"» указал, что "органы местного самоуправления не освобождаются от обязанности принимать участие в обеспечении охраны здоровья населения муниципального образования, в т. ч. путем уплаты соответствующих страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования за неработающее население". Однако необходимо отметить, что на момент вынесения данного определения Конституционного Суда РФ Федеральный закон от 06.10.99 № 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" (далее - Закон об органах государственной власти субъектов РФ) действовал в редакции от 11.12.02. Федеральным законом от 04.07.03 № 95-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных

¹ Дело № А56-30794/2005 // Архив Арбитражного суда г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. 2005.

органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (с изм. и доп.) в данный закон была введена глава IV.1 "Общие принципы разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъекта Российской Федерации". Согласно подп. 22 п. 2 содержащейся в ней статьи 26.3 к полномочиям органов государственной власти субъекта РФ по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта РФ, относится решение вопросов организации ОМС неработающего населения.

Органы исполнительной власти субъекта РФ являются страхователями неработающего населения

Кроме того, в соответствии с п. 7 ст. 8 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - Основы) в редакции, действовавшей на момент вынесения указанного определения Конституционного Суда РФ, к компетенции органов местного самоуправления относилось осуществление мер по ОМС граждан. Федеральным законом от 22.08.04 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"» (с изм. и доп.; далее - Закон № 122-ФЗ) данный пункт был признан утратившим силу, а в соответствии с п. 5 ст. 6 Основ (в редакции Закона № 122-ФЗ) к полномочиям органов государственной власти субъектов РФ отнесено формирование расходов бюджетов субъектов РФ в части ОМС неработающего населения.

Таким образом, анализ изменившегося законодательства позволяет прийти к выводу о том, что страхователями неработающего населения являются органы исполнительной власти субъекта РФ.

Проблема регистрации органов государственной власти субъектов РФ в территориальных фондах обязательного медицинского страхования в качестве страхователей неработающего населения

Необходимо указать на несоответствие в ряде субъектов РФ нормам действующего законодательства, регулирующего ОМС, вопросов регистрации в ТФОМС органов исполнительной власти субъектов РФ в качестве страхователей неработающего населения.

Статьей 9.1 Закона о медицинском страховании установлено, что регистрация органов государственной власти в качестве страхователей неработающего населения по ОМС осуществляется в ТФОМС. Порядок регистрации страхователей в ТФОМС устанавливается Правительством РФ.

В соответствии с п. 5 ст. 6 Основ к полномочиям органов государственной власти субъектов РФ относится формирование расходов бюджетов субъектов РФ в части ОМС неработающего населения. Подпунктом 22 п. 2 ст. 26.3 Закона об органах государственной власти субъектов РФ установлено, что к полномочиям органов государственной власти субъекта РФ по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами

самостоятельно за счет средств бюджета субъекта РФ, относится решение вопросов организации ОМС неработающего населения. Статьей 21 вышеназванного Закона установлено, что основным полномочием высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ является обеспечение исполнения бюджета субъекта РФ.

Таким образом, утверждение о том, что страхователем неработающего населения является орган исполнительной власти субъекта РФ, можно конкретизировать. Проведенный анализ позволяет утверждать, что таким органом является высший исполнительный орган государственной власти субъекта РФ.

Следует отметить, что в некоторых субъектах РФ в качестве страхователей неработающего населения в ТФОМС зарегистрированы органы управления здравоохранением или другие органы исполнительной власти, к полномочиям которых не относятся вопросы формирования расходов бюджетов и, следовательно, обеспечение исполнения бюджета субъекта РФ, что является основным полномочием высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ.

В силу изложенного в этих субъектах РФ необходимо принять меры по приведению в соответствие с нормами действующего законодательства вопросов регистрации органов государственной власти субъектов РФ в ТФОМС в качестве страхователей неработающего населения.

Рассматриваемая, казалось бы, внутренняя проблема административного устройства органов исполнительной власти субъекта РФ выходит далеко за пределы распределения полномочий между ними. Так, Арбитражный суд Архангельской области в решении от 08.05.07 по делу № А05-12475/2006-20 отказал Архангельскому областному фонду ОМС во взыскании задолженности по страховым взносам со страхователя неработающего населения Архангельской области - департамента финансов администрации Архангельской области. Суд мотивировал свое решение тем, что в соответствии с действующим законодательством в качестве страхователя неработающего населения в ТФОМС должна быть зарегистрирована администрация Архангельской области - высший исполнительный орган государственной власти субъекта РФ, следовательно, иск был предъявлен ненадлежащему ответчику. Возникновение подобных ситуаций в будущем может негативно сказаться как на исполнении конкретного договора ОМС, так и на исполнении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в целом.

Таким образом, в настоящее время законодательство в сфере ОМС, в т. ч. регулирующее положения договора ОМС, имеет существенные недостатки. Существующие правовые проблемы требуют своего разрешения, а правоприменительная практика - дальнейшего совершенствования.