

УДК 34**DOI: 10.34670/AR.2020.91.10.009****К вопросу о правовой природе договоров в системе обязательного медицинского страхования с точки зрения практического правоприменения****Андреева Алла Андреевна**

Магистр юриспруденции,
руководитель юридического управления,
ООО «АльфаСтрахование – ОМС»;
115162, Российская Федерация, Москва, ул. Шаболовка, 31с11;
e-mail: alla.a.andreeva1981@gmail.com

Аннотация

В данной статье рассмотрена правовая природа договоров в обязательном медицинском страховании – на оказание и оплату по медицинской помощи между страховой организацией и медицинской организацией, о финансовом обеспечении между страховой организацией и территориальным фондом. Проанализированы отличия обязательного медицинского страхования от классического страхования вообще и от добровольного медицинского страхования в частности. Выявлен дуализм правовой природы отношений, вытекающих из рассматриваемых договоров, как гражданско-правовых и административно-правовых, а также последствия, к которым это противоречие приводит в судебной практике. Сделан вывод о необходимости сближения страховых медицинских организаций с классическими страховщиками. Мы делаем вывод, что договоры в системе обязательного медицинского страхования являются гражданско-правовыми и подпадающими под регулирование главы 39 Гражданского кодекса РФ, а также обладающими некоторыми признаками публичных договоров и договоров присоединения, однако, к части правоотношений из них применяются нормы административного регулирования, в частности, глава 24 Арбитражного процессуального кодекса.

Для цитирования в научных исследованиях

Андреева А.А. К вопросу о правовой природе договоров в системе обязательного медицинского страхования с точки зрения практического правоприменения // Вопросы российского и международного права. 2019. Том 9. № 10А С. 74-83. DOI: 10.34670/AR.2020.91.10.009

Ключевые слова

Обязательное медицинское страхование, типовые договоры в системе обязательного медицинского страхования, судебная практика по спорам из типовых договоров по обязательному медицинскому страхованию, гражданско-правовые и административно-правовые отношения в обязательном медицинском страховании, роль страховых медицинских организаций.

Введение

Страхование как институт в Российской Федерации регламентировано Законом 4015-І «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и главой 48 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Закон 4015-І устанавливает требования к страховщикам, определяет порядок их лицензирования и регламентирует взаимоотношения с регулятором – Центральным Банком Российской Федерации.

Гражданский кодекс в главе 48 перечисляет существенные условия договоров страхования и содержит общие принципы реализации общественных правоотношений, связанных со страхованием.

Ключевым понятием страхования в соответствии с Гражданским кодексом РФ является страховой интерес. Объектом личного, имущественного страхования и страхования ответственности всегда выступают имущественные интересы, которые связаны с жизнью, здоровьем, трудоспособностью, владением имуществом, возмещением причиненного ущерба.

При этом особняком среди страховщиков стоят страховые медицинские организации, осуществляющие исключительно обязательное медицинское страхование (далее также – ОМС).

Наиболее показательными отличия этого вида обязательного страхования выглядят в сравнении с добровольным медицинским страхованием (ДМС).

Основная часть

В отличие от ДМС, являющегося видом личного страхования, обязательное медицинское страхование – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

С одной стороны, деятельность страховщиков по ОМС (страховых медицинских организаций) как юридических лиц регулируется Законом 4015-І, на них распространяются требования Центрального Банка России в части лицензирования, финансовой устойчивости и отчетности.

С другой стороны, их деятельность регламентирована отдельным специальным Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС).

Особенностью обязательного медицинского страхования является то, что в этом виде страхования отсутствует как таковой договор страхования, а также присущие договору страхования условия: страховой риск, страховая сумма, страховая премия, страховая выплата, срок страхования, выгодоприобретатель.

В соответствии со ст. 12 Закона об ОМС страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации. Страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования выполняют лишь часть функций страховщика.

В соответствии со ст. 10 Закона об ОМС застрахованными лицами являются все граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации,

иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

100% страхового рынка по ОМС составляют граждане – физические лица, тогда как 90% страхового рынка по ДМС занимает корпоративное страхование.

Все взаимоотношения по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по ОМС, регулируются типовыми договорами между страховой медицинской организацией и медицинской организацией, а также между страховой медицинской организацией и территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

В соответствии со ст. 40 Закона об ОМС полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования. Это означает, что полис ОМС является не одной из форм заключения договора страхования в понимании ст. 940 Гражданского кодекса РФ, поскольку в нем отсутствуют существенные условия, обязательные для договора страхования, а документом, подтверждающим право гражданина на бесплатную медицинскую помощь, которым он обладает в силу закона.

Соответственно, страхование по ОМС доступно каждому человеку с рождения и пожизненно (для военнослужащих и других приравненных к ним категорий граждан действие страхования приостанавливается на время службы), период страхования по ДМС равен сроку действия договора страхования.

Страховые премии по ОМС также поступают не в страховую организацию, а в бюджет Федерального фонда ОМС (ст. 26 Закона об ОМС).

Таким образом, страховые медицинские организации не заключают договоры страхования, не принимают на себя страховые риски, не получают страховые премии. Факт страхования гражданина по обязательному медицинскому страхованию не зависит от действий/бездействий страховой медицинской организации. Граждане являются застрахованными по обязательному медицинскому страхованию в силу прямого указания закона.

В текущей правовой ситуации система ОМС и система ДМС существуют параллельно и обособленно друг от друга.

В настоящей статье мы более предметно рассмотрим, что представляют собой договоры «не страхования», действующие в системе ОМС.

Итак, в соответствии со статьей 37 Закона об ОМС право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании двух заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договоры в системе ОМС).

Участники обязательного медицинского страхования – это медицинские организации, страховые медицинские организации и территориальные фонды ОМС.

Форма договоров в системе ОМС утверждена на законодательном уровне, и отказать в их заключении нельзя. При этом эти договоры не являются договорами страхования в понимании главы 48 Гражданского кодекса РФ.

Типовая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого между медицинской организацией и страховой медицинской организацией, утверждена Приказом Министерства здравоохранения от 24 декабря 2012 года № 1355н. В соответствии с предметом договора медицинская организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется, с учетом проведения контрольно-экспертных мероприятий, эту медицинскую помощь оплатить.

Типовая форма договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого между страховой медицинской организацией и территориальным фондом обязательного медицинского страхования, утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 9 сентября 2011 года № 1030н. В соответствии с предметом этого договора территориальный фонд ОМС принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе ОМС, за счет целевых средств, полученных от территориального фонда.

Несмотря на то, что Закон об ОМС действует с 01.01.2011, а рыночная система обязательного медицинского страхования – в противовес распределительной бюджетной системе СССР – существует в нашей стране уже 25 лет, единообразия в понимании природы договоров в системе ОМС правоприменительная практика не выработала до сих пор.

Для определения правовой природы данных договоров необходимо понять, регулируют ли они гражданско-правовые или административно-правовые отношения.

Из ответа на этот вопрос будет следовать ответ о применимых нормах права в отношении объема прав и обязанностей сторон, особенностей применения мер ответственности из договора, порядка судебного обжалования.

Договоры в системе ОМС в первую очередь ассоциируются с договорами возмездного оказания услуг.

Они содержат классический набор разделов, типичных для других гражданско-правовых договоров: предмет договора, права и обязанности сторон, ответственность сторон, срок действия договора, а также устанавливают порядок расчета аванса, предоставление счетов, контрольные мероприятия, даты окончательного взаиморасчета.

В основном этой квалификации придерживаются судебные инстанции, указывая в тексте решений (например, свежее дело №А56-26897/2019), что согласно пункту 1 статьи 39 Закона № 326-ФЗ договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном названным Законом порядке. В соответствии с пунктом 1 статьи 779 Гражданского кодекса Российской Федерации по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Правила главы 39 ГК РФ применяются к договорам оказания услуг, в том числе медицинских (пункт 2 статьи 779 ГК

РФ).

При этом нельзя не отметить, что значимое отличие этого договора от договора возмездного оказания услуг заключается в том, что страховая медицинская организация не осуществляет никаких действий по приему результата оказания медицинским учреждением медицинских услуг, поскольку получателем услуг является не страховщик – сторона по договору, а физическое лицо – застрахованный гражданин, соответственно между сторонами не подписывается акт оказания услуг.

Помимо квалификации договоров как возмездного оказания услуг встречается также их трактовка как договоров комиссии (глава 51 Гражданского кодекса РФ), что, в частности, отражает в своем решении Пятый арбитражный апелляционный суд по делу № А51-4090/2012.

С другой стороны, рассматриваемые договоры реализуют право граждан на гарантированное в статье 41 Конституции РФ право на медицинскую помощь – то есть заключаются для выполнения социальной функции государства в отношении всего населения страны и не могут ограничиваться лишь правами и обязанностями сторон договора.

Значимая часть существенных условий этих договоров устанавливается вне зависимости от воли сторон, в частности:

Объемы медицинской помощи, выделяемые для медицинских организаций и страховых медицинских организаций, распределяются и утверждаются Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС;

Тарифы на медицинскую помощь в системе ОМС содержатся в Тарифном соглашении, утверждаемом в каждом субъекте Российской Федерации;

Размер санкций к медицинским организациям, применяемых страховыми медицинскими организациями в рамках экспертных мероприятий по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, установлен Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

Также в случае нарушений, вытекающих из рассматриваемых договоров, сторона договора, наделенная соответствующими контрольными полномочиями (а именно – страховщик в отношениях с медицинской организацией и территориальный фонд ОМС в отношениях со страховщиком), накладывает на другую сторону договора санкции, оформляемые актами проверок и властно-распорядительными предписаниями/требованиями об оплате штрафов, которые обладают признаками ненормативно-правовых актов с особым порядком обжалования по главе 24 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Еще одна коллизия – если исходить из того, что регулируемые отношения вытекают из гражданско-правовых договоров, то к размеру ответственности по таким договорам логично было бы применять правила Гражданского кодекса РФ об уменьшении неустойки по причине несоразмерности. Например, страховая медицинская организация в соответствии с договором должна была провести целевую экспертизу качества медицинской помощи в 100% случаев летальных исходов, однако, по причине непредставления медицинской организацией необходимой информации, из 1000 случаев на проверку не попал 1 (Один). Формально штраф за такое нарушение составляет 10% от суммы средств, направляемых в страховую организацию за отчетный период на ведение дел, что в абсолютном выражении для крупной компании может составить несколько миллионов рублей, что не отражает ни степень тяжести нарушения (не проведено 100% обязательных экспертиз или 0,001%), ни отсутствие причиненного нарушением вреда. И в результате к санкциям, оформленным властными предписаниями – требованиями территориальных фондов ОМС, суды применяют ст.333 Гражданского кодекса.

Рассмотрим такую судебную практику более подробно.

Как уже отмечалось выше, широко распространена судебная практика, признающая указанные договоры и правоотношения из них в качестве гражданско-правовых, основываясь на главе 39 (иногда – на главе 51) Гражданского кодекса РФ. Однако, существует также и практика, трактующая правоотношения участников системы ОМС, вытекающие из заключенных типовых договоров, как властные (административные) с соответствующими процессуальными последствиями.

Так, в отношении Договора о финансовом обеспечении ОМС судом сделан вывод, что правоотношения сторон являются гражданско-правовой сделкой. Суд указывает, что ненормативные правовые акты Территориального фонда ОМС, изданные в соответствии с указанным договором, не могут быть оспорены в порядке 24 главы Арбитражного процессуального кодекса (Решение Арбитражного суда Омской области от 03.06.2016 по делу А46-1076/2016). Производство по делу было прекращено без рассмотрения по существу.

В противовес этому выше решению, в том же 2016 году, Арбитражный суд другого субъекта РФ, Новгородской области, в решении от 23.10.2016 по делу А44-6552/2016 отменяет требование Территориального фонда ОМС об уплате страховой медицинской организацией штрафа по типовому договору, в порядке 24 главы Арбитражного процессуального кодекса, признавая его ненормативным правовым актом.

Также, по мнению Арбитражного суда Брянской области, отраженного в решении по делу А27-19253/2017, предметом которого являлось рассмотрение иска медицинского учреждения к страховой медицинской организации об оспаривании предписания страховщика, выданного на основании акта экспертного контроля, страховщик является организацией, наделенной публичными полномочиями, в связи с чем обращение в суд медицинского учреждения с рассматриваемым заявлением подлежит рассмотрению по правилам главы 24 Арбитражного процессуального кодекса.

В противовес этому решению, Арбитражный суд Ханты-Мансийского автономного округа – Югра в решении по делу А75-8430/2017 считает, что Акт экспертного контроля страховщика не содержит предписаний властно-распорядительного характера, адресованных медицинскому учреждению, влекущих возникновение, изменение или прекращение его прав и обязанностей, то есть не является актом ненормативного характера, который может быть обжалован в порядке главы 24 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации в арбитражном суде. Суд рассматривает данное дело и принимает решение по существу в порядке искового судопроизводства.

Также, например, в Постановлении Второго арбитражного апелляционного суда по делу А28-14767/2014, оставленным без изменения Определением Верховного суда РФ № 301-КГ16-4522, со ссылкой на часть 2 статьи 2 Гражданского кодекса РФ сделан вывод, что к страховой медицинской организации как к лицу, осуществляющему отдельные полномочия страховщика в соответствии с Законом об ОМС, не применяются нормы гражданского законодательства, устанавливающие ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств.

В противовес указанному этому решению, Арбитражный суд Тверской области в решении от 11.07.2017 по делу А66-4572/2017 применяет нормы гражданского законодательства, устанавливающие ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства по статье 333 Гражданского кодекса РФ. Аналогичная позиция поддерживается судами по делам № А70-14992/2018 (Тюменская область), А44-8483/2018 (Новгородская область), А09-1358/2019 (Брянская область).

Таким образом, делаем вывод о том, что судебная практика по данному вопросу не лишена

парадокса: документы (акты, предписания) издаваемые на основании заключенных между сторонами гражданско-правовых договоров возмездного оказания услуг, подлежат обжалованию как ненормативные правовые акты государственных и иных органов в порядке главы 24 Арбитражного процессуального кодекса РФ, но суммы штрафов, наложенные этими актами и властно-распорядительными предписаниями/требованиями, могут быть уменьшены судом по статье 333 Гражданского кодекса РФ, применяемой исключительно к гражданско-правовым отношениям.

Отдельного внимания также заслуживает вопрос, являются ли типовые договоры в системе ОМС публичными.

Статьей 426 Гражданского кодекса РФ дано определение публичного договора: публичным договором признается договор, заключенный лицом, осуществляющим предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, и устанавливающий его обязанности по продаже товаров, выполнению работ либо оказанию услуг, которые такое лицо по характеру своей деятельности должно осуществлять в отношении каждого, кто к нему обратится (розничная торговля, перевозка транспортом общего пользования, услуги связи, энергоснабжение, медицинское, гостиничное обслуживание и т.п.).

Указание закона «в отношении каждого» означает, что лицом, имеющим право требовать заключения с ним публичного договора, могут быть любые физические и юридические лица.

Однако круг лиц, имеющих право на заключение договоров в системе ОМС, ограничен исчерпывающим перечнем участников, перечисленных в Законе об ОМС – медицинские организации, страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС.

Договоры в системе ОМС не поименованы в Гражданском кодексе как публичные, а лишь обладают признаками публичных договоров.

По мнению авторского коллектива Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, изложенном в научно-практическом комментарии к Закону об ОМС, одним из критериев отнесения договоров ОМС к публичным служит тот факт, что управление социальными фондами осуществляется исключительно государством. Признано, что эти функции являются «неотъемлемо государственными» и осуществляются органами публичной власти. Характерно, что в каждой функции государственного управления презюмируются элементы политики, и именно поэтому эти виды функций отнесены к числу государственных. По мнению авторов, речь идет о господстве публичных интересов в социальном страховании, в отличие от частного интереса в классическом страховании. Социальное страхование как гарантированная государством система мер материального обеспечения граждан предполагает особый порядок формирования финансовых ресурсов, преимущественно с использованием механизмов и институтов публичного права.

Тарусина Н.Н., Лушников А.М., Лушникова М.В. высказывают мнение, что договор на оказание и оплату медицинской помощи нельзя признать договором обязательного страхования и он должен классифицироваться как публичный социально-обеспечительный договор, цель которого, в первую очередь – это обеспечение прозрачности расходования средств Фонда обязательного медицинского страхования [Тарусина, Лушников, Лушникова, 2017, 479].

Правовая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС как публичного встречается и в судебных актах.

Например, в решении Арбитражного суда Ростовской области по делу А53-36155/2016 прямо указано, что договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является разновидностью публичной сделки в пользу третьих лиц и не может быть ограничен только

правами ее участников. По мнению суда, конечной целью регулируемого предоставления, оформленного в виде договора на оказание и оплату медицинской помощи, является обеспечение возможности беспрепятственного ее получения любым субъектом обязательного медицинского страхования. При этом любые препятствия по реализации такого права застрахованных физических лиц, в том числе, создаваемые сторонами сделки следует рассматривать как препятствия публичному порядку Российской Федерации и цели нормативно-правового регулирования отношений здравоохранения.

При этом в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 25 декабря 2018 г. N 49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» расширено толкование публично-правового договора и определено, что для целей применения статьи 426 Гражданского кодекса РФ потребителями признаются физические лица, на которых распространяется действие законодательства о защите прав потребителей, а также индивидуальные предприниматели, юридические лица различных организационно-правовых форм. Однако, и это не приносит однозначности в понимании данной темы, поскольку застрахованные лица по ОМС являются потребителями не страховых, а медицинских услуг.

Таким образом, несмотря на то, что система обязательного медицинского страхования функционирует в Российской Федерации 25 лет, единообразия ни в теоретическом понимании, ни в правоприменительной практике за прошедший период не сложилось.

Мы делаем вывод, что договоры в системе обязательного медицинского страхования являются гражданско-правовыми и подпадающими под регулирование главы 39 Гражданского кодекса РФ, а также обладающими некоторыми признаками публичных договоров и договоров присоединения, однако, к части правоотношений из них применяются нормы административного регулирования, в частности, глава 24 Арбитражного процессуального кодекса.

Напротив, исследование Н.В. Рощепко на тему «Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС» содержит иной вывод – автор полагает, что указанный договор «не является гражданско-правовым, а имеет социально-обеспечительную природу» [Рощепко, 2018, 33].

Противоположные выводы обусловлены, с одной стороны, рыночным видом общественных правоотношений – страхованием, с другой – спецификой отрасли, то есть жесткой государственной системой регулирования здравоохранения. Эту двойственную природу обязательного медицинского страхования также описали в своем докладе «Анализ состояния страховой медицины и перспектив ее развития» С.В. Шишкин, И.М. Шейман, Е.Г. Потапчик, О.Ф. Понкратова, а именно – «недостаточная реализация страховых принципов и их замещение административным управлением» [Шишкин и др., 2019, 31].

Заключение

Движение рынка обязательного медицинского страхования в сторону полноценной страховой модели в сочетании с добровольным медицинским страхованием должно решить как многие социальные проблемы качества и доступности медицинской помощи, так и устранить дуализм в правовом статусе страховых медицинских организаций в качестве страховщиков.

Библиография

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 2. От 26.01.1996 № 14-ФЗ.
2. Закон 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992.
3. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993.
4. Научно-практический комментарий к федеральному закону об обязательном медицинском страховании в российской федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. М.: Юриспруденция, 2012. 504 с.
5. Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» от 25.12.2018.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» от 09.09.2011.
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2019.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» от 24.12.2012.
9. Рощепко Н.В. Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС // Медицинское право. 2018. № 3. С. 35-39.
10. Тарусина Н.Н., Лушников А.М., Лушникова М.В. Социальные договоры в праве. М.: Проспект, 2017. 480 с.
11. Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.02.2010.
12. Шишкин С.В. и др. Анализ состояния страховой медицины и перспектив ее развития. М., 2019. 95 с.

On the legal nature of contracts in the system of compulsory health insurance from the point of view of practical enforcement

Alla A. Andreeva

Master of Law,
Head of Legal Department
LLC AlfaStrakhovanie – OMS;
115162, 11, 31, Shabolovka str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: alla.a.andreeva1981@gmail.com

Abstract

The legal research presented in this article discusses the legal nature of contracts in compulsory health insurance for the provision and payment of medical assistance between an insurance organization and a medical organization, on financial security between an insurance organization and a territorial fund. The differences between compulsory medical insurance from classical insurance in general and from voluntary medical insurance in particular are analyzed in the paper. The dualism of the legal nature of relations arising from the treaties under consideration as civil law and administrative law, as well as the consequences to which this contradiction leads in judicial practice, is revealed. The conclusion is drawn by the authors of the article about the need for rapprochement of insurance medical organizations with classic insurers. The authors of the research presented in this paper conclude that the contracts in the system of compulsory medical insurance are civil law and subject to the regulation of Chapter 39 of the Civil Code of the Russian Federation, as well as possessing some features of public contracts and agreements of accession, however, the administrative regulation applies to some of the legal relations, in particular, the chapter 24 of the Code of Arbitration of Russian Federation.

Alla A. Andreeva

For citation

Andreeva A.A. (2019) K voprosu o pravovoi prirode dogovorov v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya s tochki zreniya prakticheskogo pravoprimeneniya [On the legal nature of contracts in the system of compulsory health insurance from the point of view of practical enforcement]. *Voprosy rossiiskogo i mezhdunarodnogo prava* [Matters of Russian and International Law], 9 (10A), pp. 74-83. DOI: 10.34670/AR.2020.91.10.009

Keywords

Compulsory medical insurance, model contracts in the system of compulsory medical insurance, litigation on disputes from standard contracts on compulsory medical insurance, civil and administrative relations in compulsory medical insurance, the role of medical insurance organizations.

References

1. Federal'nyi zakon № 326-FZ «Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiiskoi Federatsii» ot 29.02.2010 [Federal Law No. 326-FZ “On Compulsory Health Insurance in the Russian Federation” dated 02.29.2010].
2. Grazhdanskii kodeks Rossiiskoi Federatsii. Chast' 2. Ot 26.01.1996 № 14-FZ [Civil Code of the Russian Federation. Part 2. 01/26/1996 No. 14-FZ].
3. Konstitutsiya Rossiiskoi Federatsii ot 12.12.1993 [The Constitution of the Russian Federation of 12.12.1993].
4. (2012) Nauchno-prakticheskii kommentarii k federal'nomu zakonu ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v rossiiskoi federatsii ot 29 noyabrya 2010 g. № 326-FZ [Scientific and practical commentary on the federal law on compulsory health insurance in the Russian Federation dated November 29, 2010 No. 326-FZ]. Moscow: Yurisprudentsiya Publ.
5. Postanovlenie Plenuma Verkhovnogo Suda RF № 49 «O nekotorykh voprosakh primeneniya obshchikh polozhenii Grazhdanskogo kodeksa Rossiiskoi Federatsii o zaklyuchenii i tolkovanii dogovora» ot 25.12.2018 [Resolution of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation No. 49 “On some issues of applying the general provisions of the Civil Code of the Russian Federation on the conclusion and interpretation of an agreement” dated 12.25.2018].
6. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya RF № 1030n «Ob utverzhenii formy tipovogo dogovora o finansovom obespechenii obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya» ot 09.09.2011 [Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation No. 1030n “On approval of the form of a model agreement on financial support for compulsory medical insurance” dated 09.09.2011].
7. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF № 108n «Ob utverzhenii Pravil obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya» ot 28.02.2019 [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 108n “On the Approval of the Rules of Mandatory Medical Insurance” dated 02.28.2019].
8. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF № 1355n «Ob utverzhenii formy tipovogo dogovora na okazanie i oplatu meditsinskoj pomoshchi po obyazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniyu» ot 24.12.2012 [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1355n “On approval of the form of a standard contract for the provision and payment of medical assistance for compulsory medical insurance” dated 12.24.2012].
9. Roshchepko N.V. (2018) Yuridicheskaya kvalifikatsiya dogovora na okazanie i oplatu meditsinskoj pomoshchi po OMS [The legal qualification of the contract for the provision and payment of medical care for compulsory medical insurance]. *Meditsinskoe parvo* [Medical Law], 3, pp. 35-39.
10. Shishkin S.V. et al. (2019) Analiz sostoyaniya strakhovoi meditsiny i perspektiv ee razvitiya [Analysis of the state of insurance medicine and its development prospects]. Moscow.
11. Tarusina N.N., Lushnikov A.M., Lushnikova M.V. (2017) Sotsial'nye dogovory v prave [Social contracts in law]. Moscow: Prospekt Publ.
12. Zakon 4015-1 «Ob organizatsii strakhovogo dela v Rossiiskoi Federatsii» ot 27.11.1992 [Law 4015-1 “On the organization of insurance business in the Russian Federation” of 11.27.1992].