

НЕКОТОРЫЕ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДОГОВОРОВ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

© Сергей Михайлович Ковалевский

ФГОУ ВО «Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Сергей Михайлович Ковалевский — к.ю.н., старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: trudovik@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Статья посвящена анализу действующего законодательства и правоприменительной практики по вопросам исполнения договоров добровольного медицинского страхования. В связи с этим анализируются статьи Гражданского кодекса Российской Федерации и Закона Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», которые в основном регулируют в настоящее время отношения в сфере добровольного медицинского страхования. В статье рассматриваются проблемы нормативно-правового регулирования добровольного медицинского страхования, осуществления мероприятий по контролю за оказанием медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования, а также проблема соблюдения сроков оплаты услуг, оказанных медицинскими организациями. Рассмотрение нормативно-правового регулирования добровольного медицинского страхования показало, что имеющиеся акты мало подходят для регулирования отношений по добровольному медицинскому страхованию и не учитывают его специфики. ДМС регулируется, в основном, правилами страхования, договором добровольного медицинского страхования и договорами на предоставление медицинских услуг по ДМС. В большей степени это касается предоставления медицинских и иных услуг по добровольному медицинскому страхованию. Анализ обеспечения прав застрахованных на медицинскую помощь по договорам добровольного медицинского страхования свидетельствует о том, что законодательством не предусмотрен перечень основных гарантий для застрахованных лиц и страхователей при их обращении за медицинской помощью в рамках программ ДМС. Обращение к актуальной проблеме осуществления контроля за оказанием медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования позволило сделать вывод о том, что актуальные вопросы этого вида деятельности страховщика не нашли своего отражения в законодательстве, что порождает спорные ситуации между страховщиками и медицинскими учреждениями. На основании проведенного анализа сформулированы предложения по совершенствованию законодательства Российской Федерации в части обеспечения прав застрахованных на медицинскую помощь по договорам добровольного медицинского страхования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: добровольное медицинское страхование; договор на предоставление медицинских услуг; медицинская помощь; медицинская организация; страховая организация; потребитель; пациент.

SOME PARTICULAR LEGAL ISSUES OF ENFORCEMENT OF CONTRACTS IN VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE

© Sergey M. Kovalevsky

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, 194100

Contact Information: Sergey M. Kovalevsky — LD, PhD, senior lecturer, Department of Humanities and bioethics. E-mail: trudovik@mail.ru

ABSTRACT: The article is devoted to the analysis of the current legislation and law enforcement practice on the execution of voluntary medical insurance contracts. In this regard, the articles of the Civil Code of the Russian Federation and the Russian Federation Law of 27.11.1992, No. 4015-1 «On the insurance business organization in the Russian Federation», which mainly regulate relations in the area of voluntary medical insurance, are analyzed. The article deals with the problems of the legal regulation of voluntary medical insurance, the implementation of measures to control the provision of medical services under voluntary medical insurance contracts, as well as the problem of meeting the deadlines for payment of services provided by medical organizations. A review of the legal regulation of voluntary medical insurance has shown that the existing acts are not very suitable for regulating voluntary health insurance relations and do not take into account its specifics. Voluntary medical insurance is governed mainly by insurance regulations, a voluntary medical insurance contract and contracts for the provision of medical services for voluntary medical insurance. To a greater extent this concerns the provision of medical and other services for voluntary medical insurance. Analysis of the provision of the rights of the insured to medical care under voluntary medical insurance contracts indicates that the legislation does not provide a list of basic guarantees for insured persons and policyholders when they seek medical assistance under the voluntary medical insurance programs. Appeal to actual problem of monitoring the provision of medical services under voluntary medical insurance contracts led to the conclusion that the current issues of this type of activity of the insurer were not reflected in the legislation, which gives rise to disputes between insurers and medical institutions. Based on the analysis made, proposals were made to improve the legislation of the Russian Federation in terms of ensuring the rights of the insured to medical care under voluntary medical insurance contracts.

KEY WORDS: voluntary medical insurance; contract for the provision of medical services; medical care; medical organization; insurance organization; consumer; patient.

ВВЕДЕНИЕ

Добровольное медицинское страхование в настоящее время является самым массовым видом добровольного страхования. Это обусловлено, прежде всего, его социальной значимостью, поскольку данный механизм в условиях нехватки средств у населения, а также ограниченности ресурсов обязательного медицинского страхования способен обеспечить наиболее полную реализацию предусмотренных статьями 39 и 41 Конституции Российской Федерации прав граждан на социальное обеспечение и на охрану здоровья [3]. В этой связи представляется логичным включение добровольного медицинского страхования в качестве одного из видов негосударственной социальной поддержки работников и членов их семей в коллективные договоры и соглашения.

Договор добровольного медицинского страхования представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым страховщик обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи по согласованным программам медицинского страхования, а страхователь — своевременно выплачивать страховые взносы.

По своей правовой природе все договоры медицинского страхования, как обязательные, так и добровольные, относятся к договорам личного страхования. В то же время добровольное медицинское страхование (ДМС) является самым специфичным среди всех видов личного страхования, поскольку, во-первых — это единственный вид личного страхования, в котором в качестве основного используется обеспечение в натуральной, а не в денежной форме, а во-вторых — достаточно сложным видом страхования, как по составу участников, так и по содержанию опосредующих его правоотношений. Учитывая эту специфику, статья 970 Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК РФ) предусматривает применение положений главы 48 данного документа к медицинскому страхованию в той части, в которой нормы ГК РФ не противоречат положениям специального законодательства (аналогичные положения ст. 970 ГК РФ содержит также в отношении морского страхования, страхования пенсий и страхования банковских вкладов).

Мы постарались выявить наиболее сложные и спорные практические вопросы, касающиеся исполнения договоров добровольного медицинского страхования.

ПРОБЛЕМА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Основная проблема нормативно-правового регулирования ДМС связана, прежде всего, с отсутствием удовлетворительной законодательной базы на протяжении почти 6 лет с момента признания (с 1 января 2011 г.) утратившим силу Закона Российской Федерации от 28.06.1991 г. №1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». При этом Федеральный закон от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не распространяется на добровольное медицинское страхование. Таким образом, в настоящее время отношения в сфере ДМС регулируются в основном только ГК РФ и Законом Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [2]. Однако эти акты содержат лишь общие положения о договорах страхования (в частности, статьи 927, 934, 942 и 955) и об обязательствах и договорах (в частности, статьи 307, 309, 310, 408, 420 и 426). Некоторые из этих норм, в особенности ст. 426 (о публичном договоре) и ст. 934 ГК РФ (определяющая сущность договора страхования) мало подходят для регулирования отношений по добровольному медицинскому страхованию и не учитывают его специфики. Таким образом, в настоящее время в России сложилась ситуация, при которой ДМС регулируется в основном правилами страхования, договором добровольного медицинского страхования и договорами на предоставление медицинских услуг по ДМС.

Банк России в регулировании ДМС, несмотря на полномочия, предоставленные п.3 ст.3 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», пока не проявляет такой же активности, как, например, при регулировании обязательных видов страхования или страхования автомобильного транспорта. В настоящее время Банком России было принято Указание от 13.09.2015 г. № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности». Однако это указание распространяется только на иностранных граждан и лиц без гражданства и не может

быть применено по аналогии к гражданам России.

В Законе Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» содержится только две статьи, определяющие особенности ДМС — ст. 4, определяющая объект добровольного медицинского страхования как имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и ст. 10, предусматривающая возможность оплаты страховщиком медицинских услуг в счёт страховых выплат по личному страхованию. Однако наличия двух этих норм явно недостаточно для определения всей специфики добровольного медицинского страхования.

Ещё большие проблемы связаны с регулированием специфики договора на предоставление медицинских и иных услуг по добровольному медицинскому страхованию. Данный договор является разновидностью договора возмездного оказания услуг, который заключается в пользу третьих лиц. Следовательно, к нему применяются положения глав 27–29 (общие положения о договоре), 39 (о возмездном оказании услуг) ГК РФ, а также главы 37 ГК РФ (в части общих положений о подряде, не противоречащих характеру договора на предоставление медицинских и сопутствующих им услуг по добровольному медицинскому страхованию). К отношениям по исполнению договоров применяется Закон Российской Федерации от 07.10.1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей». Вместе с тем следует отметить, что постановление Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» на отношения по предоставлению медицинских услуг в рамках ДМС не распространяется. Следовательно, большинство вопросов регулируются в основном условиями договора на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию. Законодательство для признания его действительности лишь требует, чтобы им был определён его предмет — виды медицинских и сопутствующих им услуг (ст. 432 ГК РФ), цена договора (ст. 426 ГК РФ), по-

рядок и сроки оплаты (ст. 781 ГК РФ). Регулирование остальных вопросов в рамках договора на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию остаётся на усмотрение сторон (п. 4 ст. 421 ГК РФ).

Такое положение дел представляется нежелательным, поскольку не позволяет обеспечить защиту прав и законных интересов застрахованных по ДМС лиц. В этой связи, требуется скорейшее принятие Банком России минимальных требований к ДМС для граждан России, которые должны регламентировать не только вопросы заключения, изменения и прекращения договоров ДМС, но и их исполнения. Подобное совершенствование законодательства, связанного с обеспечением деятельности органов здравоохранения, должно быть ориентировано не только на развитие организационно-структурной составляющей, но и способствовать внедрению в сферу оказания медицинских услуг мотивационных технологий [1].

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ДОГОВОРАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В настоящее время в России применяется две модели организации медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию — по списку и по направлениям. В первом случае, страховщик передаёт в медицинское учреждение список застрахованных лиц, которые осуществляют самостоятельное обращение за оказанием медицинских и иных услуг. Во втором случае запись в медицинское учреждение застрахованных лиц осуществляется работником диспетчерской службы страховщика. Второй способ позволяет страховщику контролировать убыточность по договорам ДМС, однако делает организацию медицинской помощи слишком громоздкой. Кроме того, использование этого способа ограничивает право застрахованного лица на свободный выбор лечебно-профилактического учреждения в рамках программ добровольного медицинского страхования, а также в ряде случаев способно нарушить непрерывность предоставления медицинской помощи застрахованному лицу (например, в случае, когда диспетчер страховщика отказывает в согласовании медицинских манипуляций, лечащим врачом застрахованного в целях проведения его дообследования). Пред-

ставляется, что это является нарушением ст. 10 ГК РФ и должно быть запрещено на законодательном уровне.

На практике нередко используется такая мера, как приостановление договора ДМС. Приостановление договора — своего рода санкция со стороны страховщика в случае просрочки уплаты страховой премии страхователем, применяемая на основании п. 2 ст. 328 ГК РФ. Страховщик вправе приостановить действие договора ДМС в одностороннем порядке, уведомив об этом страхователя. Равным образом и медицинское учреждение вправе приостановить приём застрахованных лиц в случае систематических задержек в оплате оказанных медицинских услуг со стороны страховщика. В таком случае во время приостановления действия договора медицинское учреждение оказывает застрахованным медицинские услуги только за их счет. Иными словами, приостановление означает перерыв в сроке страхования и представляет собой период времени, когда соответствующие события страховыми случаями не признаются. Однако данная санкция, по нашему мнению, противоречит законодательству. Прежде всего, это связано с тем, что такая мера нарушает права застрахованного в коллективном договоре ДМС и страхователя в индивидуальном договоре. Приостановление договора происходит по инициативе страховщика без согласования со страхователем и, следовательно, может нанести существенный урон интересам лиц, обратившихся за медицинской помощью. Следует также отметить, что согласно п. 2 ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно, а отказ в её оказании не допускается. Аналогичным образом решается вопрос и в случае отсутствия мест в медицинском учреждении — в таком случае последнее обязано оказать первую помощь застрахованному лицу и проинформировать страховщика о необходимости направления застрахованного лица в другое медицинское учреждение. В связи с вышесказанным, можно сделать вывод о том, что приостановление оказания медицинских услуг возможно только в случае, когда они оказываются в плановом порядке. Поэтому, в данном вопросе следует целиком согласиться с Ю.С. Овчинниковой в том, что необходимо предусмотреть дополнительные гарантии для

застрахованных лиц и страхователей, обратившихся за медицинской помощью [2].

ПРОБЛЕМА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО КОНТРОЛЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Учитывая социальную значимость медицинского страхования [4], важен повышенный контроль за использованием финансовых средств страховщиками со стороны Банка России, ФНС России, Росфинмониторинга и других органов. Поэтому страховые организации осуществляют проверки законности и обоснованности использования своими контрагентами средств, направляемых для исполнения обязательств по договорам страхования. Ранее ст. 23 Закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. №1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определяла порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств в качестве одного из существенных условий договора на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию. Ст. 15 этого же Закона были предусмотрены обязанности страховщика защищать интересы застрахованных, а также контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора.

В настоящее время, вопрос о контроле качества медицинской помощи и использования средств добровольного медицинского страхования остаётся актуальным. Правовой основой для его осуществления являются положения ст. ст. 720 (которая устанавливает право заказчика на проверку результата работ подрядчика), 783 ГК РФ, а также п.2 ст. 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», которая закрепляет обязанности страховщиков на определение размера убытков, а также осуществление иных связанных с исполнением обязательств по договору страхования действий. Важно при этом отметить, что возможность проведения страховщиком проверочных мероприятий не зависит от наличия или отсутствия в договоре на предоставление медицинских и иных услуг по добровольному медицинскому страхованию права страховщика на осуществление контроля в отношении медицинского учреждения. В большинстве случаев такой контроль ограничивается проведением

экономического контроля и медико-экономической экспертизы. Предметом первой является проверка корректности оформления счёта медицинского учреждения и соответствия цен в счёте прейскуранту медицинского учреждения, принятого сторонами договора на предоставление медицинских и иных услуг по добровольному медицинскому страхованию. При второй проверяется правильность указания в реестре оказанных медицинских услуг, прилагаемых к счёту, соответствие их наименованию в счёте перечню, предусмотренного программой медицинского обслуживания, а также наличие либо отсутствие в реестре услуг, которые не подлежат оплате в соответствии с условиями договора. В некоторых случаях страховщик осуществляет назначение экспертизы качества медицинской помощи (это право также вытекает из содержания ст. 720 ГК РФ). При этом, в силу п.5 данной статьи ГК РФ, возможно привлечение независимого эксперта. Расходы на экспертизу в такой ситуации несет медицинское учреждение, за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений подрядчиком договора подряда или причинной связи между действиями подрядчика и обнаруженными недостатками. В указанных случаях расходы на экспертизу несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по соглашению между сторонами, обе стороны поровну.

Однако ряд проблем реализации контрольных мероприятий по прежнему не нашли своего отражения в законодательстве, что влечёт возникновение споров. Например, между страховщиками и медицинскими учреждениями нередко возникают конфликты в связи с отказом медицинской организации предоставить документы на тех застрахованных лиц, которые не дали своего письменного согласия на обработку персональных данных. Представляется, что в данной ситуации позиция медицинских организаций является необоснованной, так как в силу ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ обработка персональных данных осуществляется без письменного согласия гражданина-субъекта персональных данных в случае, если она необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем является гражданин — субъект персональных данных. Не решена также проблема оформления представительства врачей-экспертов в отношениях с медицинскими учреждениями (на практике используется либо доверенность, либо удостоверение). Представляется, что оба

способа представительства соответствуют нормам законодательства, поскольку ст. 182 ГК РФ не содержит исчерпывающего перечня документов, являющихся основанием для представительства.

ПРОБЛЕМА СОБЛЮДЕНИЯ СРОКОВ ОПЛАТЫ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Как уже говорилось выше, в силу ст. 781 ГК РФ существенным условием договора на предоставление медицинских и сопутствующих им услуг по добровольному медицинскому страхованию является порядок и сроки оплаты услуг. Ранее ст. 28 Закона Российской Федерации от 28.06.1991 г. №1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» содержала правила о том, что оплата услуг производится страховщиком в порядке и в сроки, предусмотренные договором, но не позднее одного месяца с момента предоставления документа об оплате. В настоящее время аналогичная норма в действующем законодательстве отсутствует. Однако это не значит, что данный вопрос в целом не регламентирован законодательством. В настоящее время, регулирование данного вопроса осуществляется в зависимости от того, осуществляет ли страховщик проверочные (контрольные) мероприятия или нет. Во втором случае, когда страховщик таких мероприятий не осуществляет, а также при уплате аванса в счёт услуг, которые планируется оказать в будущем, данные сроки исчисляются в соответствии с правилами ст. 314 ГК РФ. Т.е. в случае, если сроки оплаты счетов договором не предусмотрены, счёт должен быть оплачен в течение семи дней со дня его предъявления страховщику.

В первом случае, когда страховщик осуществляет проверочные мероприятия, в силу ст. 783 ГК РФ должны применяться правила ст. 720 ГК РФ, которая устанавливает порядок и сроки приема заказчиком работы, выполненной подрядчиком. Согласно данной норме законодательства, заказчик обязан проверять результаты выполненной работы, а при возникновении между заказчиком и подрядчиком спора по поводу недостатков выполненной работы или их причин по требованию любой из сторон должна быть назначена экспертиза. В этом случае, исполнение обязательств по оплате медицинских и сопутствующих им услуг по добровольному медицинскому страхованию приостанавливается до момента окончания проверки, либо производства экспертизы. При этом, медицинская организация может применить нор-

му ст.314 ГК РФ, в течение семи дней со дня, когда страховщик уведомит её об окончании проверки, либо со дня составления акта экспертизы в окончательной форме. В качестве выхода из сложившейся ситуации представляется внесение изменений в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрение вышеуказанных вопросов позволило прийти к следующим выводам:

1. Проблема обеспечения прав застрахованных на медицинскую помощь по договорам добровольного медицинского страхования должна быть решена посредством совершенствования работы диспетчерской службы страховщика и оптимизации её взаимодействия с медицинской организацией. Приоритет при этом должен быть отдан использованию способа обслуживания застрахованных лиц по списку при первичном обращении, в остальных случаях — способу работы по направлениям.
2. В Федеральном законе «О персональных данных» рекомендуется прямо закрепить положение о том, что при обмене документами для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, предоставление их письменного согласия со стороны страховщика в медицинскую организацию не требуется.
3. Проблема обеспечения прав застрахованных на медицинскую помощь по договорам добровольного медицинского страхования может быть решена не иначе как путём внесения изменений в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» для закрепления права страховщика на проверку документов, удостоверяющих исполнение обязательств медицинскими организациями по договорам добровольного медицинского страхования и проведения медико-экономической экспертизы этих документов, а при необходимости — также и экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожевников А.А. Проблемы и тенденции медицинского страхования в Российской Федерации. Социальное и пенсионное право. 2016; №1: 44–48.

2. Овчинникова Ю.С. Договор добровольного медицинского страхования: основные черты и проблемы применения. *Право и экономика*. 2011; N8: 25–30.
3. Тимофеев И.В. Конституционно-правовая концепция развития регулирования общественных отношений при оказании медицинской помощи в современной России. *Конституционное и муниципальное право*. 2018; N11: 48 — 53.
4. Шманцарь А.А. Организация защиты прав застрахованных пациентов в системе обязательного медицинского страхования. *Медицина и организация здравоохранения*. 2017; 2(3): 27 — 32.
2. Ovchinnikova Yu.S. Dogovor dobrovol'nogo meditsinskogo strakhovaniya: osnovnye cherty i problemy primeneniya. [The Contract of voluntary medical insurance: the main features and problems of application]. *Law and Economics*. 2011; N8: 25–30. (in Russian).
3. Timofeev I.V. Konstitutsionno-pravovaya kontseptsiya razvitiya regulirovaniya obshchestvennykh otnosheniy pri okazanii meditsinskoy pomoshchi v sovremennoy Rossii. [Constitutional and legal concept of development of regulation of public relations in the provision of medical care in modern Russia. Constitutional and municipal law]. 2018; N11: 48 — 53. (in Russian).
4. Shmantsar A.A. Organizatsiya zashchity prav zastrakhovannykh patsientov v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya. [Organization for the protection of the rights of insured patients in the system of obligatory medical insurance]. *Medicine and health care organization*. 2017; 2(3): 27 — 32. (in Russian).

REFERENCES

1. Kozhevnikov A.A. Problemy i tendentsii meditsinskogo strakhovaniya v Rossiyskoy Federatsii. [Problems and tendencies of medical insurance in the Russian Federation. Social and pension law]. 2016; N1: 44–48. (in Russian).