

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра

«Гражданское право и процесс»

(наименование)

40.04.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки)

Гражданское право и международное частное право

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Правовое регулирование обязательного медицинского страхования в России

Обучающийся

Е.С.Бутник

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

Кандидат юридических наук, доцент А.В.Сергеев

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2024

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Общие положения об обязательном медицинском страховании в России.....	9
1.1. Медицинское страхование: понятие, субъекты и принципы организации.....	9
1.2. Нормативно-правовое регулирование в области обязательного медицинского страхования	15
1.3. Права, обязанности и ответственность субъектов в системе обязательного медицинского страхования.....	21
Глава 2. Особенности правоотношений в системе обязательного медицинского страхования.....	36
2.1. Права граждан на получение бесплатной медицинской помощи... ..	36
2.2. Договоры в сфере обязательного медицинского права.....	41
2.3. Правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования	44
Глава 3. Проблемы реализации обязательного медицинского страхования ..	59
3.1. Правовое обеспечение базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования	59
3.2. Перспективы совершенствования законодательства в сфере обязательного медицинского страхования	70
Заключение	77
Список используемой литературы	82

Введение

Право на охрану здоровья граждан Российской Федерации государством определено Конституцией РФ (статья 39). Это право имеют все граждане России независимо от возраста, места жительства, трудоустройства и так далее.

Действующие механизмы финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи, а также вопросы доступности и качества предполагают приоритетность оптимизации межотраслевых связей правового обеспечения социальной сферы. Проблемы, существующие до настоящего времени в правовом регулировании бесплатной медицинской помощи, законодательство пока до конца не разрешило. Началом реализации реформирования послужило принятие 21.11.2011 года Федерального закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [62], который сыграл основополагающую роль в дальнейшей модернизации всей системы.

Для того, чтобы полноценно и качественно проводить реформу в сфере правового регулирования обязательного медицинского страхования в России и определить круг государственных обязанностей в лице законодательной и исполнительной власти, необходимо всесторонне глубоко изучить юридическую основу и правовое содержание данной сферы.

Наличие системных проблем и возникающих коллизий в правоприменительной практике являются основополагающими причинами для системного анализа механизмов реализации гражданских прав на оказание бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, в чем сходятся во мнении как зарубежные, так и отечественные юристы и ученые, изучающие вопросы права в этой сфере.

Недостаточно урегулированы вопросы специальных механизмов защиты прав пациентов при оказании им бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, качество оказываемой

помощи и ее доступность до настоящего времени полноценно не регламентированы.

Исследованию отдельных аспектов правового регулирования охраны здоровья и медицинской помощи посвящены диссертационные работы и монографии, среди которых можно выделить работы: Абубакирова А.С. [1], Бушуевой В.П. [9], Сироткиной А.А. [56], Нечаева С.В. [28], Шаманаевой И.И. [67] и других.

В связи с тем, что во многих законодательных актах, документах и соглашениях между участниками обязательного медицинского страхования неоднозначно сформулированы многие вопросы механизмов взаимоотношений, в судебной практике возникают коллизионные вопросы при решении однообразных дел, что подтверждает необходимость основательного изучения правовой природы обязательств и их конкретизации в дальнейшем.

В научной литературе проблема законодательного регулирования ОМС является предметом исследования для правоведов и практикующих юристов. Вялых Н.А.[11], Гибадуллина Л.Т[13], Свередюк М.Г.[54], Сергеев Ю.Д. [55], Шишкин С.В. [68], Цомартова Ф.В. [66], Шаманаева И.И.[67] внесли весомый вклад в развитие понимания данной категории. Труды этих и некоторых других авторов по сути и составили как теоретический, так и практический базис исследования, эмпирическую основу диссертационного исследования составили нормативные правовые акты, регламентирующие правоотношения в системе ОМС.

Объектом исследования являются правоотношения, возникающие в системе обязательного медицинского страхования в России, правовое регулирование и проблемы правоприменительной практики в системе медицинского страхования.

Предметом исследования выступает комплекс теоретических и практических проблем правового регулирования обязательного медицинского страхования. В работе исследуются положения российского законодательства,

регулирующие вопросы охраны здоровья и обязательного медицинского страхования. В диссертации проведен анализ нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, судебной практики, международно-правовых норм по теме исследования.

Цель исследования состоит в комплексном анализе правового регулирования обязательного медицинского анализа по российскому законодательству и разработке теоретических положений и практических рекомендаций, направленных на его совершенствование.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что использование результатов рассмотрения теоретико-методических основ, изложенных в главах 1-3 настоящего исследования, и выполненных в данной работе анализа и оценки показателей, характеризующих комплекс теоретических и практических проблем правового регулирования обязательного медицинского страхования и правоотношения, возникающие в системе обязательного медицинского страхования в России, правовое регулирование и проблемы правоприменительной практики системы медицинского страхования, можно подготовить проект мер, которые позволяют достичь цели исследования - провести комплексный анализ правового регулирования обязательного медицинского анализа по российскому законодательству и разработать теоретические положения и практические рекомендации, направленные на его совершенствование.

Задачи исследования. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- изучить общие положения об обязательном медицинском страховании в России;
- проанализировать понятие медицинского страхования, субъектов и принципов организации обязательного медицинского страхования;
- определить нормативно-правовое регулирование в области обязательного медицинского страхования. Права, обязанности и ответственность субъектов;

- провести обзор прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;
- исследовать договорные отношения в сфере обязательного медицинского страхования;
- установить основу правового регулирования экспертизы качества медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования;
- выделить основные моменты правового обеспечения базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования;
- охарактеризовать перспективы совершенствования законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

Методологическая основа исследования. В ходе написания диссертации использованы общенаучные (диалектический метод – анализ, синтез, обобщение; системный) и специальные методы (диахронный, метод актуализации, сравнительно-правовой, формально-юридический).

Помимо этого, в исследовании применялся логический метод (дедукция, аналогия), чтобы изложить весь материал, дать рекомендации и сделать итоговые выводы. Статистический метод использован в ходе анализа судебной практики в сфере обязательного медицинского страхования.

Совокупность и сочетание данных методов адекватны цели и задачам, объекту и предмету исследования данной работы. Их применение позволило автору проанализировать рассматриваемый предмет во взаимосвязи и взаимозависимости составляющих его элементов, их целостности, всесторонности и объективности.

Нормативно-правовая основа исследования. В процессе написания выпускной квалификационной работы был осуществлен анализ нормативно-правовых актов РФ, в частности, Конституции РФ, Федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Указы Президента,

Постановления Правительства РФ для установления национальных целей и стратегических задач развития Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, Приказы Минздрава РФ, приказы ФФОМС, а также юридической литературы, монографий, методических разработок, пособий и материалов периодических изданий. Изучены международные правовые акты и официальные документы, зарубежное законодательство в сфере обязательного медицинского страхования и прав граждан на охрану здоровья и бесплатной медицинской помощи.

Теоретическую основу выпускной квалификационной работы составляют труды ученых-юристов, в частности, Вялых Н.А. [11], Гибадуллиной Л.Т. [13], Свередюка М.Г. [54], Сергеева Ю.Д. [55], Шишкина С.В. [68], Цомартовой Ф.В. [66], Шаманаевой И.И. [67] и других.

Научная новизна диссертационного исследования. На текущем этапе актуально осуществить всеобъемлющий анализ правового регулирования обязательного медицинского страхования в России, что представляет собой первопроходческую инициативу.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что благодаря проведенному исследованию, удалось выявить ряд проблем, связанных с правовым регулированием обязательного медицинского страхования. Полученные результаты обладают потенциалом для дальнейших теоретических исследований в этой области.

Практическая значимость исследования. Выводы и рекомендации, сделанные на основе анализа магистерского исследования, могут быть ценными для применения органами законодательной власти. Эти выводы и рекомендации могут помочь в совершенствовании существующего законодательства в данной сфере.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в самостоятельной подготовке материала, изучении и обобщении эмпирического материала, и написании текста магистерской диссертации.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования. Его результаты докладывались на LXXVII Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы юриспруденции», г. Новосибирск, 20.12.2023 года.

На защиту выносятся следующие положения:

1. В период активного реформирования социальной сферы в целом и здравоохранения в частности, вопросам совершенствования законодательства, регулирующего обязательное медицинское страхование, обеспечивающее реализацию таких важных вопросов, как обеспечение реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, ее доступность и качество, не уделено должного внимания.

2. Система гражданских прав не обеспечивает безусловной защиты бесплатной медицинской помощи в части ее доступности.

3. Правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования нуждается в уточнении и конкретизации.

4. При анализе правового регулирования разработки тарифного соглашения, базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования, установлена довольно существенная проблема возможности защиты прав медицинской организации в плане определения объемов медицинской помощи, их выполнения или невыполнения и последующих санкций.

Глава 1 Общие положения об обязательном медицинском страховании в России

1.1 Медицинское страхование: понятие, субъекты и принципы организации

В России с 2000 года началось активное реформирование в различных сферах. Оно включало в себя общее повышение качества законодательной работы, активизацию участия исполнительной власти в ней, принятие различных кодексов, проекты которых разрабатывались в 1990-е годы и, наконец, приведение регионального правового массива в соответствие с федеральными нормами.

Одной из важнейших задач стала модернизация системы здравоохранения. Центральными преобразованиями стали такие нововведения, как изменение основных источников финансирования для обеспечения полноценного функционирования сферы здравоохранения и перераспределение потоков среди всех участников правоотношений. При этом контроль финансирования перешел от административного к регулированию нормами гражданского права.

Т.Ю. Барышникова, Ю.А. Кузнецов указывают, что «в России процесс реформирования системы социального обеспечения начался с возврата к страховым началам с 90-х годов XX века, когда были заложены правовые и организационные основы социального страхования» [7].

Медицинское страхование является одним из самых распространенных видов страхования в мире. В повседневной жизни человек постоянно подвергает свое здоровье различным опасностям, непредвидимым по источнику своего возникновения и неравномерным по своим последствиям. Таким образом, человек постоянно подвергается тому или иному риску [4].

В настоящее время разработана «Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»[37], утвержденная Указом

Президента РФ от 06.06.2019 г. № 254[61]. Эта стратегия определяет цели, основные задачи и приоритетные направления развития системы здравоохранения в стране. При разработке стратегии особое внимание было уделено оценке состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья. Были проанализированы риски и угрозы, а также возможности совершенствования системы здравоохранения для повышения ее эффективности и готовности к различным ситуациям.

Главными индикаторами эффективности здравоохранения должны быть не просто снижение смертности, увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости, но и удовлетворенность пациентов качеством и доступностью оказываемой медицинской помощи. В условиях неустойчивого социально-экономического развития нашей страны, вызванного напряженной геополитической ситуацией, экономическими санкциями, сложной эпидемиологической ситуацией форматировать систему здравоохранения рискованно.

Радикально решить проблему доступности и качества медицинской помощи, по мнению И. В. Галимовой, позволит «создание совокупного страхового продукта, включающего базовый набор услуг в рамках обязательного медицинского страхования и дополнительный набор услуг в рамках добровольного медицинского страхования», так как дефицит финансирования является одним из главных факторов, сдерживающих развитие сферы здравоохранения факторов [12].

В современном обществе, где технологии и информационные системы занимают все более важное место, реформирование и цифровизация различных сфер деятельности становятся неотъемлемой частью развития. Одной из таких сфер является здравоохранение, и в частности, система обязательного медицинского страхования в России [51].

Министр здравоохранения России Михаил Мурашко отмечал еще в мае 2020 года, на пленарном заседании Государственной Думы, что система ОМС нуждается в реформировании и цифровизации. Это связано с тем, что

существующая система сталкивается с рядом проблем и ограничений, которые могут быть преодолены с помощью новых технологий.

Одной из главных проблем, которые стоит решить, является улучшение доступности медицинской помощи для населения. В настоящее время, многие россияне испытывают трудности в получении качественной и своевременной медицинской помощи. Долгие очереди, недостаток специалистов и ресурсов, неэффективное управление процессами - все это приводит к снижению качества обслуживания и неудовлетворенности пациентов.

Еще одним важным аспектом реформирования системы ОМС является повышение прозрачности и контроля за расходованием средств. Система ОМС в настоящее время сталкивается с проблемой неправомерного использования средств и коррупционных схем, которые негативно сказываются на качестве и доступности медицинской помощи. Цифровизация позволит установить эффективный мониторинг расходования средств, снизить вероятность мошенничества и обеспечить более ответственное использование бюджетных средств.

Кроме того, цифровизация системы ОМС позволит улучшить взаимодействие между медицинскими учреждениями, специалистами и пациентами. Внедрение онлайн-консультаций, электронных записей на прием и обмена медицинской информацией позволит сократить время и усилия, затрачиваемые на организацию приема и обслуживание пациентов. Это также поможет усилить контроль за качеством оказываемых медицинских услуг и снизить риски ошибок и недостатков.

Вместе с тем, реформирование и цифровизация системы ОМС несут в себе ряд вызовов и сложностей. Необходимо обеспечить обучение и подготовку медицинского персонала к работе с новыми технологиями, а также гарантировать защиту персональных данных пациентов и соблюдение этических принципов в использовании информации [20].

Задача совершенствования системы обязательного медицинского страхования была поставлена в Поручении Президента Российской Федерации № Пр-2072 [57].

При решении задач развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года выделены несколько приоритетных направлений, в том числе модернизация управленческого регулирования обязательного медицинского страхования, утверждение единых принципов и нормативов, формирование системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования [61].

Необходимым элементом реформирования можно отметить финансовую заинтересованность лечебно-профилактических учреждений и отдельных медицинских работников. Страховыми компаниями осуществляется основное взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями. Они обеспечивают необходимый контроль качества оказываемой медицинской помощи, производят своевременную оплату по реестрам выставленных счетов за оказанную помощь и в рамках других тарифных соглашений, для чего страховым медицинским компаниям выделяются средства в необходимом объеме.

Проблемы пациента, возникающие в процессе получения услуг, также решаются страховыми компаниями в рамках их компетенции. Таким образом, страховая компания выполняет важную функцию посредника в отношениях «пациент - медицинское учреждение» и «страховщик-медицинская организация». Она обеспечивает пациентам свободу выбора, удобство и доступность медицинской помощи, а также контролирует расходы и качество услуг. Это способствует эффективному функционированию системы обязательного медицинского страхования и обеспечивает удовлетворение потребностей всех сторон.

Обратимся к статье 970 ГК РФ [14], которая некоторые виды страхования, в том числе медицинское, отсылает к специальным законам и является юридической базой обязательного медицинского страхования. В

настоящее время таким законом является Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [63]. Особенностью медицинского страхования является то, что в отличие от типичных случаев страхования, выплата производится не в денежном эквиваленте, а в виде набора медицинских и иных услуг, которые входят в перечень оплаты по договору со страховой медицинской организацией [44]. При этом застрахованный, являясь по существу, выгодоприобретателем, одновременно получает и медицинскую услугу, и услугу страхования.

Как отмечает В.П. Галаганов, «с введением обязательного медицинского страхования была предпринята попытка создания дополнительного источника финансирования медицинской помощи гражданам». Н.М. Бевеликова подчеркивает, что «на этапе перехода к рыночной экономике Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» служил своеобразным буфером, смягчающим последствия негативных процессов».

Внедрение обязательного медицинского страхования внесло коррективы в распределение финансовых средств в сфере здравоохранения. Теперь бюджетное финансирование осуществляется на основе ресурсов государства, а не исходя из необходимого объема для населения.

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» субъектами обязательного медицинского страхования являются: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд.

Участниками обязательного медицинского страхования являются: территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

В Законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» проводится отличие круга «субъектов обязательного медицинского страхования» и «участников обязательного медицинского

страхования». И субъекты, и участники обязательного медицинского страхования участвуют в отношениях по обязательному медицинскому страхованию и при этом имеют свою определённую роль и свой круг полномочий.

Субъекты и участники в правовой сфере имеют существенные различия. Правовое положение субъектов строго определено законом и является обязательным, в то время как участники имеют более широкий спектр возможностей. В частности, страховщик, страхователь и застрахованное лицо обязательны в модели обязательного страхования. Это свидетельствует о важности их роли в данном контексте.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» даёт следующее определение ОМС: «Обязательное медицинское страхование - 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 счёт средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования» [34].

Каждый из принципов обязательного медицинского страхования нуждается в отдельном рассмотрении. Начать следует с принципа обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая. Бесплатно оказывается медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Не меньший интерес представляет принцип устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования. По сути, финансовая

система обязательного медицинского страхования провозглашена автономной.

Принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программы обязательного медицинского страхования обеспечивают доступность и качество медицинской помощи. Граждане могут получать полноценные медицинские услуги и требовать высокого качества помощи.

Вместе с тем, застрахованные лица имеют право выбора страховой организации, лечебного учреждения и конкретного врача. Имеется возможность изменения своего выбора, причем замена страхового полиса при этом не потребует. Люди, застрахованные в системе обязательного медицинского страхования, имеют право на возмещение ущерба, который им был причинен в случае отказа или ненадлежащего предоставления медицинской помощи. Законом предусмотрены санкции в отношении страховых компаний, которые не выполнили свои обязательства перед застрахованными лицами.

Законодательство в сфере регламентации правоотношений в ОМС постоянно актуализируются.

1.2 Нормативно-правовое регулирование в области обязательного медицинского страхования

В научной литературе отмечается, что «ратифицируя международные акты, содержащие общепризнанные принципы и нормы международного права, заключая двусторонние и многосторонние соглашения в сфере социального обеспечения, государства обязуются осуществлять деятельность по внедрению правовых норм, содержащихся в них» [17].

Правовые основы обязательного медицинского страхования заложены в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данный правовой акт определяет:

правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан.

Следующим по степени важности в отношении установления правовых основ в области обязательного медицинского страхования нормативным правовым актом является Федеральный закон от 16 июля 1999 г. ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» № 165-ФЗ. Данный Закон в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права регулирует отношения в системе обязательного социального страхования, определяет правовое положение субъектов обязательного социального страхования, основания возникновения и порядок осуществления их прав и обязанностей, ответственность субъектов обязательного социального страхования, а также устанавливает основы государственного регулирования обязательного социального страхования [25].

«Базовым» законодательным актом в системе законодательства об ОМС является Федеральный закон 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с этим законом, некоторые функции и ответственности, связанные с обязательным медицинским страхованием, могут быть делегированы региональным органам власти. Такая делегированная власть позволяет субъектам РФ более эффективно организовывать и управлять системой обязательного медицинского страхования на своей территории, принимать меры по развитию здравоохранения и обеспечению доступности медицинской помощи для населения.

Законодатель исключил право работодателя и органов государственной власти субъектов Федерации на выбор страховых медицинских организаций, и оставляет такое право только за застрахованными лицами.

Правила предоставляют застрахованным лицам возможность выбора и замены страховой медицинской организации. Это означает, что страховые медицинские организации обязаны принять выбор застрахованного лица и не могут отказать ему в этом праве. Застрахованное лицо может заменить

страховую медицинскую организацию один раз в год до 1 ноября, а также чаще в случае изменения места жительства.

Считаю необходимым обратить внимание на то, что закрепленное за гражданами право выбора страховой и медицинской организаций на практике, фактически, достаточно часто, не может быть реализовано, в связи с отсутствием конкуренции - то есть в регионе работает только одна страховая медицинская организация и лечебно-профилактическое учреждение является единственным на территории.

Для участия в реализации программы обязательного медицинского страхования, ежегодно до 1 сентября года, предшествующего планируемому, медицинской организации необходимо в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС) сформировать и отправить заявку в ТФОМС о включении в реестр медицинских организаций, участвующих в системе ОМС. Порядок подачи уведомления определен в главе VII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Введение медицинского страхового полиса единого образца, в том числе в электронном виде, упростило застрахованным возможность реализации права на выбор страховых и медицинских организаций, так как теперь не требуется его замена. С 1 декабря 2022 г. полис ОМС стал цифровым. Полисы ОМС, выданные до 1 мая 2011 г., являются действующими, но их рекомендуется заменить на полисы ОМС единого образца, которые содержат актуальную информацию о своём владельце.

Судебная практика подтверждает, что к правоотношениям в сфере обязательного медицинского страхования, при оказании условно бесплатной медицинской помощи (оплата производится опосредованно не потребителем услуг – пациентом, а страховой медицинской организацией за счет средств ОМС) правомочно применять Закон РФ от 7 февраля 1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

Важное место занимают Правила обязательного медицинского страхования, которые утверждены Приказ Минздрава РФ от 28.09.2019 г. №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в ред. от 13.12.2022г.). Данные правила регламентируют основы функционирования ОМС.

Считаю важным отметить, что на основании этих правил впервые регламентированы правила подачи уведомления о включении медицинской организации в единый реестр посредством использования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС). При этом полностью исключается возможность подачи такого уведомления на бумажных носителях.

На этом этапе сразу исключаются медицинские организации, не способные работать в условиях информатизации, в том числе в системе ЕГИСЗ (единая государственная информационная система здравоохранения). В настоящее время на стадии разработки находятся проекты документов для правового регулирования интеграции этих двух систем и возможности обеспечения обработки больших массивов информации в части любого случая оказания медицинской помощи, контроля объема, качества и других параметров в режиме реального времени, минуя бюрократические этапы запроса медицинских карт для изучения отдельной выборки, а не сплошного контроля.

Порядок заключения договоров обязательного медицинского страхования регулируется главой 28 Гражданского кодекса РФ.

Григорьев И.В. отмечает [15], что «многосторонние соглашения государств-участников Содружества независимых государств (СНГ) в общих чертах регулируют вопросы предоставления различных видов социального обеспечения и достаточно подробно регламентируют направления сотрудничества государств-участников» [10].

Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 года [59]

в статье 2 закрепляет беспрепятственное, бесплатное и в полном объеме предоставление гражданам скорой и неотложной медицинской помощи.

В рамках межрегионального сотрудничества Казахстана и России с участием глав государств был подписан Протокол о внесении изменений в Соглашение между правительствами РК и РФ о порядке медицинского обслуживания персонала космодрома «Байконур», жителей города Байконур, поселков Торетам и Акай в условиях аренды Россией комплекса «Байконур» от 17 ноября 2009 года, ратифицированного Федеральным законом от 03.08.2018 № 273-ФЗ. (далее-Соглашение) [57].

В протоколе рассмотрены основные вопросы оказания медицинской помощи гражданам РК, которые не являются работниками организаций РФ, скорой и неотложной медицинской помощи на бесплатной основе и вопросы оказания помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях [57].

При этом основную стационарную помощь жителям г. Байконур [58], поселков Акай и Торетам оказывает Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть №1» Федерального медико-биологического агентства(далее- ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России), являясь единственной медицинской организацией на территории и состоящая из нескольких структурных подразделений (Поликлиника для взрослых, детская поликлиника, станция скорой медицинской помощи, противотуберкулёзный диспансер, здравпункт 3 уровня и стационар Больница №1). Оказываемая помощь для граждан Казахстана, не являющихся работниками российских организации, является условно бесплатной, то есть граждане не оплачивают данные услуги.

При выставлении счетов на оплату достаточно часто возникают правовые коллизии. В частности, оказываемая помощь регулируется законодательством РФ, стандартами, протоколами и клиническими рекомендациями оказания различных видов медицинской помощи, в то время как в Республике Казахстан они могут не совпадать, в связи с чем по

выставленным счетам Фондом социального страхования РК предъявляются претензии, штрафы и отказы от оплаты [29].

Система обязательного медицинского страхования в г.Байконур представлена ТФОМС г.Байконур для единственной медицинской страховой организации (СОГАЗ-МЕД) и единственной медицинской организации ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России.

ТФОМС города Байконур создан 01.07.1997 года согласно постановлению Главы городской администрации от 25.06.97 года № 247 «О создании Байконурского территориального фонда обязательного медицинского страхования», позже переименован в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур.

ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России является единственным государственным учреждением здравоохранения, имеющем в своем составе как амбулаторные, так и стационарные подразделения, и оказывающий широкий спектр медицинских услуг всем жителям, проживающим на территории города Байконур и близлежащих поселков Акай и Тюратам, в том числе медицинское сопровождение специальных работ, связанных с подготовкой и запуском ракетно-космических носителей с космическими аппаратами.

С 13 ноября 2018 года, на основании Соглашения, был прекращен амбулаторный прием граждан Республики Казахстан, не работающих в российских предприятиях города Байконур и «комплекса Байконур». Оказание медицинской помощи неработающим гражданам Республики Казахстан, в том числе детям (с 0 до 18 лет), инвалидам и пенсионерам, производится в Байконурском филиале областного медицинского центра РК в связи с вступлением в законную силу изменений в Соглашение между Правительством Республики Казахстан и Правительством Российской Федерации о порядке медицинского обслуживания жителей комплекса Байконур, поселков Тюратам и Акай.

В связи с отсутствием в вышеуказанном медицинском учреждении Республики Казахстан отделения для оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме, ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России продолжает оказывать в стационаре экстренную и неотложную помощь всем обратившимся гражданам, вне зависимости от места работы и гражданства. По такому же принципу оказывается скорая медицинская помощь.

До согласования спорных позиций договора с Фондом социального медицинского страхования Республики Казахстан по оказанию медицинской помощи гражданам Республики Казахстан ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России не имеет законных оснований для оказания плановой медицинской помощи неработающим гражданам Республики Казахстан, пенсионерам, инвалидам, детям (плановое лечение в стационаре, в дневном стационаре, амбулаторное лечение и консультации врача в поликлинике – в том числе, по направлениям медицинских организаций Республики Казахстан, процедура замены листка нетрудоспособности Республики Казахстан на листок нетрудоспособности Российской Федерации, оформление формы № 088-у «Направление на медико-социальную экспертизу»).

В связи с тем, что в медицинской организации Республики Казахстан, расположенной на территории г. Байконур, осуществляется прием по неполному перечню медицинских специальностей, жители поселков Тюратам и Акай обязаны обращаться за плановой амбулаторной помощью в удаленные населенные пункты Республики Казахстан.

1.3 Права, обязанности и ответственность субъектов в системе обязательного медицинского страхования

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением неработающих членов их семей, высококвалифицированных специалистов, 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».

Страхователями для работающих граждан являются:

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

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации.

В соответствии с частью 2 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ порядок и методика определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета Федерального фонда, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии Федеральным законом № 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Сущность работы страховщика в системе обязательного медицинского страхования разделяется на три уровня: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, региональные фонды обязательного

медицинского страхования и медицинские страховые компании. В реальной деятельности правовая основа функционирования страховых медицинских организаций стала дополнительным посредником в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Федеральным законом от 08.12.2020 г. № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании», Федеральный фонд ОМС становится стороной договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы нового вида договора в системе ОМС [23]. Тем самым серьезно меняется система финансовых потоков в рамках ОМС.

ФФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подотчетен Законодательному Собранию и Правительству Российской Федерации. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой [27].

На Федеральный фонд обязательного медицинского страхования возлагается выполнение ряда функций. Основной перечень полномочий ФФОМС закреплен в разделе III устава ФФОМС, утвержденным постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857, статья 33 № 326-ФЗ.

Часть контрольных полномочий имеет управление формирования доходов по ОМС Фонда, в которое осуществляет обеспечение контроля за администрированием ТФОМС доходов бюджета ФФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, в том числе обеспечивает текущий контроль за предоставлением форм отчетности ТФОМС в установленные сроки.

Контрольно-ревизионное управление ФФОМС обеспечивает контрольные полномочия ФФОМС в области ОМС граждан как составной части государственного социального страхования и осуществляет от имени и по поручению ФФОМС совместно с ТФОМС контроль за выполнением Федерального закона № 326-ФЗ, соблюдением конституционных прав

граждан РФ на бесплатную медицинскую помощь, рациональным использованием средств ОМС и средств, поступающих из федерального бюджета и иных источников.

Второй уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. Территориальными фондами осуществляются сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС.

Территориальные ФОМС создаются на территориях субъектов Российской Федерации, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны соответствующим органам представительной и исполнительной власти.

Третий уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации (СМО).

Страховые медицинские организации могут быть только юридическим лицами. Осуществлять деятельность страховой медицинской организации вправе физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей. Указание на соответствующую организационно-правовую форму включается в наименование страховой медицинской организации.

Для осуществления обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация получает лицензию не на медицинскую деятельность, а на проведение обязательного медицинского страхования. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством РФ.

Лицензирование деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования производится Центральным банком Российской Федерации (орган страхового надзора).

В части 8 статьи 14 № 326-ФЗ закреплено, что страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере ОМС, в соответствии с законодательством РФ и условиями этих договоров.

Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией, и договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенными между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Положениями статьи 937 ГК РФ, в частности, установлено, что лицо, в пользу которого по закону должно быть осуществлено обязательное страхование, вправе, если ему известно, что страхование не осуществлено, потребовать в судебном порядке его осуществления лицом, на которое возложена обязанность страхования.

Если лицо, на которое возложена обязанность страхования, не осуществило его или заключило договор страхования на условиях, ухудшающих положение выгодоприобретателя по сравнению с условиями, определенными законом, оно при наступлении страхового случая несет ответственность перед выгодоприобретателем на тех же условиях, на каких должно было быть выплачено страховое возмещение при надлежащем страховании.

Обратим внимание, что в приложении № 3 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2022 г. № 703н [42] содержится Перечень санкций за нарушение договорных обязательств по указанному договору.

Крупнейшими страховыми медицинскими организациями можно назвать «МАКС-М», «РОСНО-МС», «СОГАЗ-Мед», «Росгосстрах-Медицина» и «Капитал Медицинское страхование».

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по

ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

Застрахованные лица имеют право на:

- выбор страховой медицинской организации (СМО);
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС;
- получение медицинских услуг на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг в соответствии с качеством и объемом, установленным программой государственных гарантий;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе и на материальное возмещение ущерба, независимо от того, предусмотрено это договором или нет и другое.

К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относится установление ответственности субъектов и участников обязательного медицинского страхования за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании.

Таким образом, субъекты и участники обязательного медицинского страхования взаимодействуют в системе ОМС для реализации направлений социальной защиты интересов населения России в области охраны здоровья. В настоящее время любой гражданин вправе рассчитывать на получение качественной бесплатной помощи врачей и медицинского персонала, при этом базовые права регулируются фондом ОМС.

Реформирование в сфере обязательного медицинского страхования находится в настоящее время в активной фазе. Опираясь на опыт западных коллег, законодатели стараются адаптировать и реформировать систему с учетом российской специфики. Проработан вопрос по финансовым потокам, механизмам оплаты услуг на разных уровнях взаимодействия субъектов ОМС.

При этом, на мой взгляд, недостаточно регламентирован механизм защиты прав застрахованных лиц. В большинстве случаев именно сами граждане должны быть инициаторами для защиты своих нарушенных прав, вынуждены обращаться в суд.

Из всех способов защиты гражданских прав, предусмотренных статьей 12 ГК РФ, в исковом производстве по «медицинским делам» характерными являются следующие:

- восстановление положения, существовавшего до нарушения права, и пресечение действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения;
- признание оспоримой сделки (договора об оказании медицинских услуг) недействительной и применения последствий ее недействительности, применение последствий недействительности ничтожной сделки (договора об оказании медицинских услуг);
- присуждение к исполнению обязанности оказания медицинской помощи в силу закона или оказания медицинских услуг по договору в натуре;
- возмещение убытков;
- взыскание неустойки, если это предусмотрено законом или договором;
- компенсация морального вреда и другое.

Реализация указанных выше способов защиты гражданских прав осуществляется путем подачи соответствующего иска в суд.

Считаю целесообразным законодательно возложить задачу защиты прав застрахованных лиц на страховые медицинские организации, юридическое сопровождение и обращение в суд, необходимые процессуальные действия страховая компания должна инициировать по заявлению или жалобе граждан, а также самостоятельно в случае выявления нарушений в процессе проведения контроля и надзора в рамках медико-экономической экспертизы.

Гражданско-правовая ответственность учреждений здравоохранения устанавливается Гражданским кодексом Российской Федерации, а также

принятыми в соответствии с ним иными федеральными законами, регулирующими гражданско-правовые отношения (статья 3 ГК РФ).

В соответствии с Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (утвержденных Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [39]), вред, причиненный здоровью - это нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.

В соответствии со статьей 1085 ГК РФ, при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Право на возмещение вреда в случае потери кормильца (статья 1088 ГК РФ) имеют:

- нетрудоспособные лица, состоящие на его иждивении или имеющие право на получение содержания;
- ребенок умершего, родившийся после его смерти;
- один из родителей, супруг, другой член семьи, независимо от его трудоспособности, не работающий и занятый уходом за находящимся на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями, сестрами, не достигшими 14-летнего возраста, либо хотя и достигшими указанного

возраста, но по заключению медицинских органов нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе.

Лицам, имеющим право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, вред возмещается в размере той доли заработка (дохода) умершего, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни (статья 1089 ГК РФ).

Если пациенту причинен моральный вред (статья 151 ГК РФ) (физические или нравственные страдания), то только суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. Возмещение причиненного вреда осуществляется как в добровольном порядке, так и по решению суда [35].

Система обязательного медицинского страхования, как одна из форм социальной защиты граждан, предусматривает существенные изменения в правовом статусе тех отношений, которые возникают в связи с оказанием медицинской помощи. Она способствует осознанию гражданином своих прав в качестве потребителя медицинских услуг, смещая акценты от административной природы взаимодействия между пациентом и медицинскими работниками в область гражданско-правовых отношений. Практическая реализация механизмов защиты прав застрахованных, включая экспертную оценку качества медицинской помощи и предоставление правовой помощи в вопросах обязательного медицинского страхования, действующим законодательством возложена на страховые медицинские организации.

Виды нарушений при оказании медицинской и лекарственной помощи застрахованным:

- невыполнение или ненадлежащее выполнение условий договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- выставление счета за фактически не оказанную услугу (случай медицинской помощи);

- оказание застрахованному медицинской помощи ненадлежащего качества;
- нарушения в работе медицинских учреждений, наносящие ущерб здоровью застрахованных;
- преждевременное (с клинической точки зрения) прекращение лечения, приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнения, обострению, утяжелению течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников) [18].

Все более широкая информационная деятельность, обеспечение открытости системы обуславливают ежегодный рост числа обращений граждан по вопросам реализации своих прав на получение медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования как в Территориальный фонд ОМС, так и в страховые медицинские организации.

Традиционно, как и во многих странах, использующих системы медицинского страхования, основным механизмом разрешения вопросов, касающихся нарушения прав пациентов, является досудебное урегулирование.

При обращении застрахованного по поводу некачественного оказания медицинской помощи страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, направить заявление застрахованного вместе с необходимыми документами в учреждение здравоохранения.

В заявлении должны быть указаны время, место, обстоятельства причинения материального вреда (ущерба), лицо, виновное в причинении вреда, заявляемый размер ущерба. При наличии подтверждающих документов они должны быть приложены к заявлению.

Заявление пострадавшего либо его представителя должно быть рассмотрено руководителем учреждения здравоохранения или частнопрактикующим врачом не позднее 10 дней со дня его поступления.

С целью более объективного рассмотрения заявления обе стороны вправе запросить и использовать заключения экспертов.

При достижении обоюдного согласия между руководителем учреждения здравоохранения, независимо от форм собственности и представителем застрахованного пациента выносится решение о выплате потерпевшему суммы возмещения материального вреда (ущерба).

Решение о выплате ущерба оформляется приказом руководителя учреждения здравоохранения. Приказ должен быть мотивированным, в нем указываются: дата нанесения ущерба; гражданин, которому устанавливается возмещение ущерба; размеры возмещения и сроки выплаты.

Копия приказа о возмещении материального ущерба вручается застрахованному пациенту.

В ходе данного исследования установлено, что довольно часто причинами обращения граждан с претензиями являются несоблюдение сроков ожидания предоставления амбулаторно-поликлинической помощи, выделения квот на стационарное лечение, оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Например, сроки ожидания для проведения диагностических и лабораторных исследований в плановом порядке регламентированы в рамках 30 дней. При этом многие застрахованные лица, по разным причинам не получившие в полном объеме информацию, оформляют претензии на долгое ожидание. В таком случае возможность урегулирования конфликта может быть рассмотрена на уровне страховой медицинской организации, которая обязана информировать граждан.

Еще одной причиной обращения пациентов является недостаточное лекарственное обеспечение при оказании стационарной помощи. Также большой проблемой, особенно в маленьких городах и отдаленных поселках, является кадровый дефицит. Отсутствие врачебного персонала приводит к невозможности оказания бесплатной медицинской помощи, предусмотренной законодательством (как общей терапевтической и педиатрической, так и узкоспециализированной). При этом кадровый голод является частой

причиной штрафных санкций в адрес медицинской организации, которая не имеет возможности предоставлять медицинскую помощь согласно стандартам и клиническим рекомендациям, имея на это лицензию, но не имея фактических занятых должностей.

В законодательстве предусмотрен механизм, при котором прикрепленный гражданин может быть направлен в другую медицинскую организацию, имеющую возможность предоставления такой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. На практике, отдаленные и единственные на территории медицинские организации, направляя пациентов в региональные или областные медицинские учреждения, снимают с себя ответственность за непредставление бесплатной медицинской помощи. При этом не учитываются затраты пациента, необходимые для проезда в указанное медицинское учреждение.

На мой взгляд, решение данной проблемы во многом может быть решено с помощью применения телемедицинских технологий. Недостатком данного подхода является отсутствие законодательных гарантий предоставления телемедицинских услуг по системе обязательного медицинского страхования для лиц, испытывающих трудности в физическом доступе к получению квалифицированной медицинской помощи.

Таким образом, в современных условиях все более актуальным становится вопрос внедрения телемедицинских услуг в систему обязательного медицинского страхования. В настоящее время такие услуги оказываются преимущественно в рамках программ добровольного медицинского страхования (ДМС). Однако, учитывая специфику российской экономики, территориальные особенности страны и ряд других факторов, включение телемедицины в ОМС представляется необходимым шагом для развития этой отрасли.

Внедрение телемедицинских услуг в систему ОМС является важным шагом для совершенствования российского здравоохранения. Такой подход позволит повысить доступность и качество медицинской помощи, снизить

затраты и стимулировать развитие отрасли. Для успешной интеграции телемедицины в ОМС необходимо разработать и утвердить четкую нормативно-правовую базу, обеспечить техническое оснащение и обучить медицинский персонал. Реализация этих мер позволит сделать телемедицинские услуги доступными для всех граждан России, улучшив их здоровье и благополучие.

Порядок получения медицинской помощи четко регламентирован, в том числе и медицинскими показаниями. Так, например, сдать анализы, пройти обследование, получить медицинскую помощь узкого специалиста в поликлинике пациент может по направлению врача. Если такого направления нет, и пациент по своему усмотрению обратился в медицинское учреждение, подписал договор на оказание платных медицинских услуг, возврат средств не предусмотрен.

Материальный вред возмещается в виде денежной выплаты.

Учреждение здравоохранения производит возмещение вреда (ущерб) в виде выплаты денежной суммы на открытый пациентом счет в банке.

При отсутствии согласия между сторонами пациенту вручается мотивированный отказ. При получении мотивированного отказа страховщик (представитель застрахованного) вправе обратиться в суд.

Досудебная защита прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования может осуществляться также посредством третейского суда, который создается по соглашению сторон, участвующих в споре.

Решение третейского суда является обязательным для сторон, участвующих в споре, однако не исключает последующее обращение одной из сторон в суд общей юрисдикции.

При наличии решения третейского суда страховщик вправе возместить вред (ущерб) застрахованному самостоятельно за счет средств, выделенных на оплату медицинской помощи, оказываемой населению.

При этом страховщик перечисляет финансовые средства в размере, определенном третейским судом, на личный счет застрахованного.

В последующем данная сумма вычитается из сумм выплаты учреждению здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующему врачу (специалисту, работнику) за оказанные медицинские услуги.

При судебном способе защиты прав застрахованных страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, оказать содействие застрахованному в оформлении претензии и иска к учреждению здравоохранения или частнопрактикующему врачу и направить заявление застрахованного пациента вместе с необходимыми документами в суд. (письмо ФФОМС № 1993/36.1-и от 05.05.98 г. [31] и письмо ФФОМС № 3021/80-1/и от 26 апреля 2012 года № 3021/80-1/и [32]).

К заявлению застрахованного прикладываются результаты экспертизы страховой медицинской организации.

Суд рассматривает иск о возмещении вреда (ущерба) застрахованным пациентам и выносит по ним решения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае удовлетворения требования о возмещении вреда (ущерба) суд в соответствии с обстоятельствами дела обязывает виновного в причинении вреда (ущерба) возместить причиненные убытки.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права застрахованных, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы или в суд.

На основании вышеизложенного, можно подвести промежуточные итоги.

Рассмотрев в первом параграфе главы первой общие вопросы медицинского страхования, определили понятие обязательного медицинского страхования, субъектов и участников ОМС.

Во втором параграфе проведен обзор актуальных нормативно-правовых актов в сфере обязательного медицинского страхования, выявлены несовершенство и проблемы их правоприменительной практики.

Рассмотрены и определены права, обязанности и ответственность сторон. Установлены механизмы защиты прав застрахованных лиц, медицинских организаций и других субъектов ОМС. Особое внимание уделено вопросам гражданско-правовой ответственности медицинских организаций при причинении вреда (ущерба) здоровью застрахованных, а также механизмы возмещения морального вреда.

Глава 2 Особенности правоотношений в системе обязательного медицинского страхования

2.1 Права граждан на получение бесплатной медицинской помощи

Право на медицинскую помощь закреплено в статье 41 Конституции Российской Федерации, но конкретные формы организации предоставления бесплатной медицинской помощи не сформулированы.

Каждый человек имеет право на медицинскую помощь в рамках ОМС, при этом, на основании пункта 1 статьи 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», застрахованными лицами являются как граждане РФ, так и постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Статья 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует как права граждан на медицинскую помощь в целом, так и права граждан на бесплатную медицинскую помощь в определенных объемах.

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, пациент имеет право на выбор врача и выбор медицинской организации.

Согласно части 2 статьи 21 Закона № 323-ФЗ в выбранной медицинской организации гражданин вправе выбрать не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации. Особенности реализации права на выбор врача регламентированы статьей 70 Закона № 323-ФЗ. Порядок выбора врача

установлен Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 407н «Об утверждении [52] Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» [64].

Например, рассмотрим Апелляционное определение Архангельского областного суда от 02.04.2015 № 33-1492/2015 [5]. Преамбула дела: Истец заключил договор обязательного медицинского страхования с Архангельским филиалом ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». Однако, истцу было отказано в получении медицинских услуг в рамках Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в Соломбальской поликлинике ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко ФМБА». Причина отказа в получении медицинских услуг в указанной медицинской организации (прикреплении к данной поликлинике для медицинского обслуживания): мощность Соломбальской поликлиники не позволяет дополнительно прикрепить Истца на медицинское обслуживание в рамках обязательного медицинского страхования.

Проверив законность и обоснованность решения суда, заслушав Б., представителя ФГБУЗ СМКЦ им. Н. А. Семашко ФМБА России, поддержавшего доводы апелляционной жалобы о незаконности постановленного судом решения и просившего об его отмене, изучив материалы дела, обсудив доводы апелляционной жалобы и отзыва на нее, судебная коллегия определила: решение Октябрьского районного суда города Архангельска от 15 декабря 2014 года оставить без изменения, апелляционную жалобу Б., представителя федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко Федерального медико-биологического агентства», – без удовлетворения.

В соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 15.05.2012 № 543н [47], первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. «...». В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной пунктом 18 настоящего Положения (пункты 12 – 15 Положения).

Вместе с тем, как правильно указал суд в своем решении, данное Положение, на которое в подтверждение своих возражений на иск ссылался представитель ответчика, не содержит нормы об отказе гражданину в выборе медицинской организации по территориальному принципу.

В Апелляционном определении Московского городского суда от 14.01.2019 по делу №33-625/2019 содержатся следующие выводы: «Оценив собранные доказательства в совокупности по правилам статьей 67 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, суд пришел к правильному выводу об отказе в удовлетворении заявленных требований, поскольку количество прикрепленного населения для медицинского обслуживания в указанном медицинском учреждении превышает норматив на каждую должность врача терапевта-участкового, при этом оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий обеспечивает не только объем медицинских услуг, но и сроки их выполнения, возможность выбора медицинской организации и врача, предусмотренная действующим законодательством, не является безусловной свободой граждан на выбор медицинского учреждения, а выступает одной из мер обеспечения доступности и качества медицинской помощи» [6].

В результате проведенного мониторинга была обнаружена правоприменительная проблема, связанная с отсутствием возможности встать

на обслуживание в нескольких медицинских организациях в связи с, например, частыми переездами из одного города в другой город либо в другой район города (но не в связи со сменой места жительства, места пребывания).

На основании Программы государственных гарантий возможно выделение в отдельную отчетность и проведение отдельной оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме (вызовы на дом при неотложных состояниях). Таким образом, одна медицинская организация оказывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях и ей оплачивается посещение с профилактической целью или обращение в связи с заболеванием, а вызов на дом оплачивается той медицинской организации, в которую вызов сделан (посещение в неотложной форме).

Данная проблема, как выяснилось в ходе исследования, возможна не только при прикреплении к другому медицинскому учреждению, но и при выборе врача (а, следовательно, изменении обслуживаемого участка) в той медицинской организации, которая расположена по месту проживания. Например, при выборе врача педиатра родителям озвучивается, что если участок обслуживает адреса, к которым адрес проживания не относится, то вызов врача на дом не будет обслуживаться. Конечно же, это противоречит закону и нарушает права пациента на получение бесплатной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе и на дому.

По мнению автора, этот вопрос целесообразно решать на уровне самой медицинской организации, внутренними приказами регламентировать порядок оказания помощи на дому в случае прикреплении к врачу, который не обслуживает эти адреса. Допустим, вызов на дом может обслужить врач, на территории которого проживает пациент, а затем передать всю информацию лечащему врачу на прикрепленном участке. Таким образом, при улучшении состояния и посещении поликлиники пациент будет продолжать лечение у врача, которого он выбрал, воспользовавшись своим правом в рамках обязательного медицинского страхования.

Данная позиция соответствует нормам Закона № 326-ФЗ. Застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования. 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 ОМС.

Показательно Решение Светлогорского городского суда Калининградской области № 2-390/2020 2-390/2020-М-122/2020 М-122/2020 от 6 июля 2020 г. по делу № 2-390/2020.

Установлено, что по заявлению гражданки В. 10 апреля 2019 года было осуществлено ее прикрепление по территориально-участковому принципу к государственному бюджетному учреждению здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 4». 18 ноября 2019 года она обратилась с заявлением в ГБУЗ КО «Светлогорская ЦПР» с целью прикрепления для медицинского обслуживания в данной поликлинике. Прикрепление к указанному медицинскому учреждению ей было необходимо для получения медицинской помощи по месту фактического проживания, в частности, для наблюдения у врача «...» с целью планирования беременности. Поскольку документов, подтверждающих факт изменения места жительства В., к заявлению приложено не было, оснований для прикрепления ее к ГБУЗ КО «Светлогорская ЦПР» в связи с изменением места жительства не имелось.

С учетом вышеизложенного, суд пришел к выводу, что правовых оснований для удовлетворения заявленных В. исковых требований не имеется, поскольку отказ главного врача ГБУЗ КО «Светлогорская ЦПР» основан на нормах закона и прав истца не нарушил. Ссылки представителя истца В. на то, что при обращении к главному врачу ГБУЗ КО «Светлогорская ЦПР» в ноябре 2019 года были представлены документы, подтверждающие смену места

жительств, являются голословными, не подтверждены никакими доказательствами. В заявлении, поданном на имя главного врача медицинского учреждения, не содержится указание на приложение к заявлению иных документов, кроме паспорта В.

Кроме того, следует указать, что возможность выбора медицинской организации и врача, предусмотренная приведенными нормами законодательства, не является безусловной свободой граждан на выбор медицинского учреждения, а выступает одной из мер обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

2.2 Договоры в сфере обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование представляет собой разновидность обязательного социального страхования.

При оказании медицинских услуг оплата за медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу, производится страховой медицинской организации на основании выставленных реестров счетов. Таким образом, возмездность оказания медицинских услуг в сфере ОМС не столь очевидна.

Условия обязательного медицинского страхования регулирует Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Согласно его статье 39, необходимый элемент обязательного медицинского страхования – наличие трехстороннего договора, который заключается между медицинской организацией, ТФОМС, страховой медицинской организации.

Реализация права застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования устанавливается на основании договоров, заключенных между субъектами обязательного медицинского страхования. Конструкция договора обязательного медицинского страхования предполагает его заключение и исполнение в пользу третьего лица.

В Законе об ОМС (статья 37) выделены два самостоятельных вида договора в сфере обязательного медицинского страхования. Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования; договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования заключается участниками обязательного медицинского страхования - территориальным фондом обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией. Предметом данного договора являются взаимные обязательства его участников. В соответствии с данным договором ТФОМС по заявке страховой медицинской организации предоставляет ей целевые денежные средства на оплату медицинской помощи, исходя из количества застрахованных в данной организации лиц.

Объем выделяемых денежных средств определяется в соответствии с тарифом, который утверждается уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом ОМС, представителями страховых медицинских организаций и медицинских организаций (больниц, поликлиник), а также профсоюзов медицинских работников (часть 2 статьи 30 № 326-ФЗ). На основании данного договора осуществляется финансирование страховых медицинских организаций.

Другим видом договора об обязательном медицинском страховании является договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС имеет типовую форму. Его актуальная форма с 24.01.2021 утверждена приказом Минздрава от 30.12.2020 № 1417н [41].

Следует отметить, что за неисполнение либо ненадлежащее исполнение условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию установлены пени (штрафы), предусмотренные как для страховой медицинской организации (компании), так и для медицинской организации (учреждения).

За неоказание (несвоевременное оказание) или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

Наиболее часто в судебной практике встречаются дела, связанные с нецелевым использованием средств ОМС, а также оплата услуг медицинской организации за помощь, оказанную «сверх» установленных объемов.

Постановление Арбитражного суда Северо-Западного округа от 08.02.2024 по делу № А66-4948/2023. По результатам проверки медицинское учреждение должно было вернуть средства ОМС, которые потратило на расходы, не предусмотренные тарифом. Когда фонд проконтролировал исполнение решения, выяснилось, что для восстановления больница использовала также средства ОМС. Фонд посчитал это еще одним случаем нецелевого использования. Арбитражный суд Северо-Западного округа с проверяющими согласился.

Учреждение ссылалось на то, что для восстановления взяты не потраченные на конец отчетного периода средства, то есть деньги, которые не использовались. Апелляция и кассация этот довод отклонили. В тариф восстановление не входит, значит расходование было нецелевым.

2.3 Правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования

По данным ВОЗ, в соответствии с Целями в области устойчивого развития (ЦУР) одним из ключевых компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) является качество [3]. В задаче 3.8 ЦУР содержится призыв к странам обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех, независимо от уровня дохода [65].

Исходя из того, что «удовлетворенность пациента качеством медицинской услуги – это соответствие ожиданий больного по улучшению состояния здоровья и прогноза его заболевания реальным возможностям конкретного учреждения использовать современные достижения медицинской науки» [21], можно сделать вывод, что оценка качества медицинской услуги всегда является субъективной.

В российской юридической практике понятие «качество медицинской помощи» закреплено в пункте 21 статьи 2 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 и определяется как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Исходя из содержания статьи 64 Федерального закона № 323-ФЗ, установлены критерии оценки качества медицинской помощи, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и регламентируются Приказом МЗ РФ от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»[40] и применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, которые имеют

соответствующую лицензию в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата и относятся к медицинским организациям независимо от формы собственности и условий оказания медицинской помощи (на возмездной или безвозмездной основе).

Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Вопросы качества оказания медицинской услуги, выработки эффективных методик ее оценки также рассматриваются и иностранными учеными. Так, Дуглас Дж. Ланска, Артур Дж. Харц отмечают, что «традиционно качество медицинской помощи оценивалось по трем общим направлениям: структуре, процессу и исходам. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе материальных ресурсов (например, приспособлений и оборудования), персонала (например, его численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (например, методы возвращения расходов, система оценки работы врачей другими врачами). Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность. Исход описывает результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента, включая изменения в его сознании и поведении, удовлетворенность больного врачебным и медсестринским обслуживанием, биологические изменения заболевания, осложнения лечения, заболеваемость и смертность» [70].

Опираясь на исследования иностранных ученых (Донабедян А.[69], Голденберг Д.[71], Раджа Адан Р.Н.[72], Салех Ф.[73], можно увидеть, что в

зарубежных странах так же не существует единого подхода к вопросу определения качества медицинских услуг. Во многих клиниках данному вопросу уделяется должное внимание, разрабатываются так называемые «чек-листы», на основании которых и проводится экспертиза качества и доступности оказываемой помощи. При этом можно скорее говорить о внутреннем контроле качества.

Стандартизированных «чек-листов» для всех медицинских организаций не существует, и проводить достоверную оценку всей медицинской помощи в части ее качества так же не предоставляется возможным. При этом со стороны государства эти «чек-листы» законодательно не закреплены и не урегулированы.

Качество и безопасность оказываемой медицинской услуги (статей 4, 7 Закона о защите прав потребителей [19], статей 309, 721 ГК РФ) обеспечивается целым рядом средств.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», защита прав застрахованных граждан на получение качественной медицинской помощи является ключевой функцией страховых медицинских организаций.

Профилактика нарушений прав граждан заключается в проведении плановых проверок медицинских организаций в целях оказания ими качественной медицинской помощи в системе ОМС. Порядок организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обязывает страховые медицинские организации проводить медицинские экспертизы, которые служат полноценной репрезентативной выборкой, отражающей качество медицинской помощи в медицинских организациях.

С 2021 года существенно поменялся механизм осуществления контроля в сфере ОМС. Изменения связаны не только с тем, что приказы стал издавать непосредственно Минздрав РФ, а не ФФОМС, то есть более компетентный орган с точки зрения организации медицинской помощи, а не ее

финансирования. Но и с изменением нормативных актов несколько поменялась и система организации экспертиз. В статье 40 ФЗ-№ 326 с внесёнными изменениями от 2020 года контроль проводится страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и ФФОМС [2].

Экспертиза качества медицинской помощи является одним из видов медицинских экспертиз и нормативно закреплена как вид медицинской деятельности [38]. Требования к организации и выполнению работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи утверждены Приказом МЗ РФ от 19 февраля 2021 г. № 117н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи» [41].

В целях контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения проводятся ряд экспертиз:

- медико-экономический контроль(МЭК) - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;
- медико-экономическая экспертиза(МЭЭ) - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;
- экспертиза качества медицинской помощи(ЭКМП) - «проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, на

основе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степени достижения запланированного результата».

Следует отметить, что ЭКМП, оказываемая в рамках программ обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в статье 40 которого дано определение ЭКМП, идентичное определению, данному в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Подробные разъяснения по вопросам ЭКМП в системе обязательного медицинского страхования даны в Приказе МЗ РФ от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» [48]. В данном документе впервые даны разъяснения ЭКМП как инструмента по контролю качества медицинской помощи, определены виды ЭКМП (плановая, внеплановая(целевая)), сроки, объем, а также применимость ее результатов.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» Законодательно определены специалисты, которые могут проводить экспертизу качества медицинской помощи, и порядок ее назначения.

До Верховного суда РФ дошло дело о ненадлежащем оказании медицинской помощи. Нижестоящие инстанции пришли к выводу, что клинические рекомендации носят рекомендательный характер, в связи с чем необязательны для медицинских работников. Но ВС РФ с этим не согласился (определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 21.08.2023 № 16-КГ23-23-К4)[30]. По мнению судебной коллегии ВС РФ, вывод о

необязательности клинических рекомендации противоречит закону, поскольку они - одна из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи (часть 2 статья 64 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») [16].

Принятые клинические рекомендации служат основой для разработки стандартов медицинской помощи и программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- плановой экспертизы качества медицинской помощи.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации [8].

Основным методом ЭКМП является анализ первичной медицинской документации. Открытым остается вопрос о том, что должно быть оценено при ЭКМП – качество медицинской помощи по медицинской документации или качество оформления медицинской документации.

В связи с чем целесообразно решить вопрос: обеспечивает ли качественное оформление медицинской документации должный уровень оказываемой медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования? Ответ не настолько однозначен, насколько очевиден. Например, при безусловно оформленной документации помощь фактически может быть оказана условно или не полноценно.

В это же время, устно собранный анамнез, проведенное инструментальное и лабораторное исследование, и проведенный анализ полученных данных может стать основой для практикующего врача в части постановки диагноза, своевременной коррекции лечения и проведения необходимых манипуляций, при этом в истории болезни или амбулаторной карте эти действия могут быть не отражены или отражены не в полном объеме. В связи с этим рассмотрим определение Судебной коллегии по экономическим спорам ВС РФ от 03.10.2022 № 309-ЭС22-11221.

Медицинская организация не представила на экспертизу медицинские карты и включила в счет услуги, которых нет в медицинской документации. Страховая компания не оплатила медицинскую помощь и оштрафовала клинику. Три инстанции решили, что санкции правомерны. Документы, которые организация предъявила в суде, оставили без внимания.

Верховный суд указал: нарушения, за которые предусмотрены штрафы, не могут быть формальными. Санкции применяют только в случаях, когда помощь не оказана, предоставлена несвоевременно или с ненадлежащим качеством. В данном споре суды не выяснили, имели ли место такие факты.

Если клиника не направила документы, то при экспертизе нельзя установить, были ли ошибки при оказании медицинской помощи. Однако это обстоятельство может свидетельствовать о нарушении. Дело направили на новое рассмотрение.

Так же стоит рассмотреть Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 27.11.2023 по делу № А73-20531/2022.

Страховая компания провела экспертизу и выявила нарушения: в медицинских картах не было сведений об оказании помощи, часть карт не представили без объективных причин. Больница отказалась платить штраф. Страховая медицинская организация в системе обязательного медицинского страхования подала иск. Три судебные инстанции поддержали медицинскую организацию.

Суды отметили:

- при контроле помощи по ОМС применяют 2 вида санкций: неоплату (уменьшение оплаты) и штраф. При этом штраф назначают за неоказание помощи, нарушение сроков или требований к ее качеству;
- нарушения связаны с ведением документации и их можно устранить;
- страховая не оплатила медицинские услуги, то есть клиника понесла ответственность;
- жалобы пациентов на оказанную помощь не поступали.

В другом деле страховая медицинская организация хотела взыскать штраф за то, что в медицинских картах не было протоколов врачебной комиссии о назначении препарата не из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Суд не согласился: нарушения, за которые предусмотрены штрафы, не могут быть формальными.

В другом случае медицинская организация не смогла оспорить штрафы за нарушения, которые не связаны с качеством медицинской помощи.

Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 13.02.2024 по делу № А43-430/2023. Страховая компания оштрафовала клинику за необоснованную госпитализацию и включение в счет медицинских услуг, которых нет в карте пациента. Фонд поддержал санкции. Больница не оплатила штрафы. Страховая организация обратилась в суд. Три инстанции решили, что иск обоснован.

Клиника считала, что штраф можно взыскивать только за неоказание помощи, нарушение сроков или требований к ее качеству. Суды не согласились:

- перечень санкций и размер штрафов установлены в тарифном соглашении. Его должны соблюдать все участники ОМС в регионе;
- расчет штрафов признали верным.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты

экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

На основании заключений экспертизы качества медицинской помощи уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи [11].

Рассмотрим Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 29.11.2023 по делу № А27-5874/2023. Страховая компания провела экспертизу качества медицинской помощи и оштрафовала клинику за необоснованные случаи госпитализации. ТФОМС поддержал санкции в большинстве случаев. Больница оспорила решение фонда. Три инстанции признали его незаконным.

Суды установили:

- во всех спорных случаях пациенты поступали на второй этап реабилитации и имели III уровень курации;
 - при таких условиях реабилитацию проводят в том числе в отделении реабилитации медицинской организации, которая оказывает специализированную помощь;
 - вид госпитализации (дневной или круглосуточный стационар) определяет врачебная комиссия с учетом диагноза, жалоб, сопутствующих заболеваний и прочее;
 - пациенты получили нужное лечение и выписались с улучшением.
- Доводы фонда о том, что в медицинских картах нет записей о контроле за состоянием сна и бодрствования, соблюдением режима дня, суды отклонили.

На основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.04.2021 № 317н «Об утверждении порядка информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования» результаты экспертиз могут быть использованы и самим застрахованным лицом. Это дает возможность решения вопросов

восстановления утраченных прав на доступную качественную медицинскую помощь, как в суде общей юрисдикции, так и в арбитражном процессе. Информирование по сути может быть, как индивидуальным, так и общим. С июля 2021 года страховые медицинские организации обязаны на своих официальных сайтах публиковать информацию о выявленных нарушениях. Информация состоит не только в количестве проведенных экспертиз, но и в объеме предъявленных санкций к медицинским организациям, и типовых нарушениях по определенным нозологиям.

Остановимся подробнее на санкциях по результатам медицинской экспертизы в ОМС.

ТФОМС при работе с претензиями медицинских организаций проводят повторную экспертизу с привлечением специалистов высокого класса. Результатом таких реэкспертиз, если страховая компания уже применила санкции, являются штрафные санкции к страховой медицинской организации со стороны ТФОМС при выявлении случаев необоснованных удержаний денежных средств с медицинских организаций в размере 10% от средств, выделяемых ТФОМС на ведение деятельности страховым медицинским организациям – это серьезный сдерживающий контрольный механизм работы СМО в системе ОМС.

Рассмотрим случай из судебной практики, когда медицинская организация не смогла оспорить штраф на том основании, что фонд не провел повторную экспертизу. Постановление 2-го Арбитражного апелляционного суда от 07.02.2024 по делу № А29-4868/2023. Страховая компания оштрафовала поликлинику по итогам экспертизы качества медпомощи по ОМС. Клиника направила претензию в фонд, но повторную экспертизу он не провел. Страховая обратилась в суд для взыскания штрафа. Две инстанции решили, что санкции правомерны.

Клиника считала, что опротестовала акты экспертизы в протоколах разногласий и претензии, а фонд лишил ее права на судебную защиту, так как не провел реэкспертизу.

Суды не согласились:

- протоколы разногласий отражают мнение клиники и не опровергают выводы экспертов;
- акты экспертизы и протоколы рассмотрения разногласий составили при участии разных экспертов, при этом их выводы совпали;
- клиника могла защищать свои интересы в суде, в частности ходатайствовать о назначении экспертизы, консультации специалиста или представить результаты независимой экспертизы.

В другом случае - ТФОМС не провел повторную экспертизу по жалобе клиники и суд признал решение незаконным (Постановление 1-го Арбитражного апелляционного суда от 18.08.2023 по делу № А11-2170/2023). Страховая компания уменьшила оплату медицинской помощи по итогам медико-экономической экспертизы. Медицинская организация не согласилась и направила претензию в ТФОМС. Он посчитал, что нарушения есть, и не стал проводить повторную проверку. Суды признали решение фонда незаконным.

Фонд полагал, что при рассмотрении претензии необязательно проводить повторную экспертизу. Он сослался на свой приказ о том, что не рассматривает жалобы по 2 кодам нарушений: непредставление первичной медицинской документации и несоответствие документации реестру счетов.

Апелляция отметила:

- реэкспертиза — не факультативный процесс, а императивный этап контроля;
- клиника соблюла порядок обжалования, поэтому фонд должен был провести повторную проверку.

ТФОМС обязан провести реэкспертизу, даже если клиника направила претензию без приложений (Постановление 15-го Арбитражного апелляционного суда от 22.01.2024 по делу № А01-4124/2023). Страховая компания провела медико-экономическую экспертизу в диализном центре. Клиника не согласилась с результатами и направила претензию в ТФОМС. Он ответил, что клиника не приложила документы, которые предусмотрены

порядком. Повторную экспертизу не провели. Клиника обратилась в суд. Две инстанции признали действия фонда неправомерными.

Суды указали:

- реэкспертиза — императивный этап контроля, а не факультативный процесс по усмотрению фонда;
- фонд не вправе вернуть претензию без рассмотрения, если клиника не приложила документы. Он может их запросить;
- фонд нарушил права клиники и порядок рассмотрения претензии.

Суды против оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования работы патологоанатомического отделения медицинского учреждения. Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 15.12.2023 по делу № А45-34133/2022 и Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 24.11.2023 по делу № А51-14394/2022.

Арбитражный суд Западно-Сибирского и Дальневосточного округов рассмотрели похожие споры: фонд посчитал нецелевым расходованием средств ОМС перечисление зарплаты патологоанатомам и покупку реактивов и расходных материалов для посмертной диагностики. Суды согласились с таким подходом.

Патологоанатомические вскрытия относят к иным государственным услугам и не считают видом медицинской помощи, которую оказывают по территориальным программам ОМС. Прижизненные исследования по материалам отделения не проводили.

Медицинские учреждения ссылались на то, что спорные исследования обязательны для контроля качества медицинской помощи. Однако суды довод отклонили: вскрытие и нужные для этого исследования нетождественны медицинской помощи, а также не считаются страховым случаем в рамках базовой программы ОМС. В территориальную программу медицинской помощи они не включены.

В соответствии с ФЗ-326 по результатам экспертиз предъявляются санкции. Это стоимостное выражение за те нарушения, которые выявляет

эксперт при проведении медико-экономической экспертизы, так и экспертизы качества медицинской помощи.

Перечень таких санкций устанавливаются в правилах ОМС – приказ Минздрава № 108н от 2019 года и непосредственно в тарифных соглашениях субъектов РФ. При этом если медицинская помощь была предоставлена по разным кодам Международной Классификации Болезней и клинко-статистическим группам, у них была разная стоимость страхового случая, то и санкции будут исчисляться как процент удержания, процент неоплаты от стоимости тарифа.

Законодатель предусматривает такой механизм – не привязку к стоимости медицинской услуги, а именно к проценту от тарифа на оказание медицинской помощи.

При этом следствием взаимных обязательств медицинских организаций, страховых компаний и федерального фонда является не только возможность неоплаты, то есть удержаний, то и уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи или оказание ее ненадлежащего качества.

Таким образом, штрафы по сути являются вторым механизмом предъявления финансовых санкций. При этом неоплата или неполная оплата медицинской помощи (удержание) не освобождают медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по ее вине. Например, есть структура договоров между страховой компанией, территориальным фондом и медицинской организацией.

И эти штрафы, и удержания применяются в рамках договорных правоотношений.

А если застрахованный решит взыскать с клиники моральный вред или компенсацию понесенных расходов вследствие оказания некачественной помощи, то он обращается в суд общей юрисдикции и вправе получить компенсацию.

При этом судебная практика складывается так, что компенсация может быть не только за значимые нарушения, которые повлекли за собой какие-либо последствия, а просто за сам факт не проведения той услуги, которая была положена.

Фактически застрахованный – это сторона договора, точнее страховая компания за него заключает договор, в его интересах. И так как его интересы нарушены, а он при этом является налогоплательщиком, платит взносы по ОМС, он понес определенный ущерб. Это может быть не только ущерб здоровью, но и моральный ущерб [22].

При поступлении претензии врачебная комиссия [45] рассматривает данную претензию и решает вопрос о ее обоснованности. На основании решения врачебной комиссии руководитель медицинской организации принимает решение об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении претензии.

На основании решения врачебной комиссии, оформленного протоколом, пациенту предоставляется соответствующий ответ, в котором могут быть предложены варианты урегулирования возникших разногласий. Ответ на претензию пациента подписывается руководителем медицинской организации.

Если потерпевшая сторона не удовлетворена ходом внесудебного разбирательства или не желает договариваться с ответчиком (без участия суда, она может разрешить конфликт в судебном порядке.

Право на судебную защиту, является одним из ключевых, предоставляемых Конституцией РФ. Субъектами юридического конфликта являются физические лица, либо юридические лица. Ограничений в праве выбора способов защиты у пациента нет.

Из изложенного выше следует сделать следующие выводы:

- гражданин имеет право на выбор [46] любой медицинской организации, в том числе не по территориально-участковому

принципу, он не обязан мотивировать свой выбор, согласие врача при выборе медицинской организации не требуется [53].

– экспертная деятельность страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС – это условие реализации предоставления страхового обеспечения по ОМС, то есть исполнения обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи надлежащего качества при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

– грамотное использование результатов медицинской экспертизы при управлении качеством медицинской помощи в медицинской организации приводит к улучшению доступности и качества оказываемой медицинской помощи.

Глава 3 Проблемы реализации обязательного медицинского страхования

3.1 Правовое обеспечение базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Правительство России ежегодно утверждает программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период). удален абзац

С 1998 года основана на единых для всех субъектов Российской Федерации методах подушевого нормативного планирования и финансового обеспечения медицинской помощи.

Программа состоит из 6 разделов и включает:

- общие положения;
- виды и условия оказания медицинской помощи;
- источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи;
- нормативы объема медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи;
- критерии доступности и качества медицинской помощи.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

- перечень форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;
- требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

Основные задачи Программы:

- создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
- обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого ресурсов.

В рамках Программы населению бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная.

Все эти виды помощи населению Российской Федерации предоставляются за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней.

Для разработки Программы используются следующие группы нормативов:

- нормативы объемов медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

На основе Программы органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Базовая программа обязательного медицинского страхования – это составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

В свою очередь, территориальная программа обязательного медицинского страхования действует на территории субъекта Российской Федерации и должна соответствовать единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии со статьей 35 Федерального закона РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» базовая программа обязательного медицинского страхования определяет перечень оказываемых застрахованному медицинским услуг и страховых случаев, а также элементы тарифа, подлежащего уплате за оказанное медицинское обслуживание, способы его оплаты и критерии оценки качества и доступности медицинской помощи.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органами государственной власти субъектов РФ разрабатываются соответствующие территориальные программы.

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и их составные части - территориальные программы ОМС, стали разрабатываться в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.05.2003 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам российской федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией»[43], которым было утверждено Положение о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией. В нем был определен порядок планирования объемов медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

На основании пункта 9 статьи 36 Федерального закона РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливает, что для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС, в состав которой входят, в том числе и представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций).

Следует отметить положительную динамику в части повышения эффективности использования ресурсов медицинской организацией после регламентации и перехода с оплаты подушевых нормативов на оплату законченных случаев лечения по ряду профилей. Данный переход еще не до конца реализован, требует более детального и расширенного подхода.

Также считаю необходимым отметить факт усиления контроля работы амбулаторно-поликлинического звена, особенно в части реализации профилактических мероприятий. Так, в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов установлено, что в случае обнаружения у пациента заболевания в течении года после проведения ему диспансеризации, в ходе которой данное заболевание могло быть выявлено, страховая медицинская организация должна провести медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи по факту проведения диспансеризации данному пациенту. Но при этом не ясно, каким образом будет производиться контроль проведения страховыми медицинскими организациями этих экспертиз, а также какие санкции будут применены к медицинской организации в результате данного исследования.

Так же не регламентирован механизм проведения повторной экспертизы одной и той же страховой медицинской организацией, если ранее этот случай

уже прошел экспертизу качества медицинской помощи и был оплачен как законченный случай, соответствующий всем требованиям.

Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» впервые исключает из системы финансирования медицинской помощи в федеральных медицинских организациях страховые компании. Данное событие можно считать началом серьезной реформы платежного механизма, целью которой является обеспечение надлежащей эффективности обязательного медицинского страхования, в том числе путем сокращения ненужных расходов на деятельность коммерческих страховых компаний [60].

Планирование и распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в субъектах РФ осуществляется комиссиями по разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Например, повышены целевые значения показателя доли объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, с коэффициентом относительной затратоемкости, равным 2 и более, в объеме оказанной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. При этом введен контроль выполнения и достижения результатов 2 раза в год. Предусмотрен механизм перераспределения объемов между медицинскими организациями после проведения мониторинга по итогам полугодия.

Медицинские организации, использующие новые технологии лечения, выполняя технологически более сложные манипуляции, достигая при этом более коротких сроков госпитализации по сравнению с другой больницей в том же районе, высокие показатели исходов случаев лечения и выполнение плановых объемов стационарной помощи получают более высокое финансирование. Данные меры должны стимулировать развитие новых

медицинских технологий, повышение эффективности деятельности медицинских организаций, выполнение ими планов в полном объеме.

При этом выявлена существенная проблема. В частности, отсутствуют развитые механизмы согласования объемов медицинской помощи между Комиссией и медицинской организацией. В настоящий момент наблюдается механизм утверждения объемов в тех рамках, как это необходимо с точки зрения Территориального Фонда ОМС, без учета и согласования с медицинскими организациями и Федеральным Фондом ОМС. Даже если медицинская организация не согласна с навязываемыми объемами (особенно если они существенно завышены, мощность, кадровое и материально-техническое состояние медицинской организации заведомо не позволяют их выполнить, что грозит санкциями и штрафами для этой медицинской организации), объемы навязываются и утверждаются со стороны ТФОМС.

Показательно Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 08.12.2023 по делу № А78-3608/2021.

Страховая компания не оплатила часть случаев лечения за те месяцы, когда клиника превысила плановые объемы. При этом общая сумма услуг за год не выходила за рамки годового лимита. Клиника обратилась в суд. Первая инстанция отказала в иске, но апелляция и кассация признали требования правомерными.

Суды указали:

- страховая медицинская организация не оспорила фактический объем услуг и не предъявила претензий к их качеству;
- клиника не превысила годовой лимит финансирования, поэтому отказ в оплате услуг неправомерен.

Тарифное соглашение формируется на основании решений Комиссии, осуществляющей свою деятельность в соответствии с Положением, являющимся приложением к Правилам ОМС, утвержденным приказом МЗ РФ от 28.02.2019 г. № 108н-ФЗ «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» [50].

Комиссией ОМС каждый год распределяется между медицинскими организациями объемы медицинской помощи (случаи обращения, госпитализации). Однако, фактически обратившихся за медицинской помощью граждан может быть больше, чем выделенный медицинской организации объем. В таком случае, медицинская организация всё равно обязана оказать медицинскую помощь, поскольку отказ недопустим законом.

Однако, по устоявшейся практике, добиться оплаты за сверхплановую помощь возможно только через суд, даже несмотря на вполне конкретное разъяснение Верховного Суда РФ в Определении от 18 октября 2018 г. № 308-ЭС18-8218 по делу № А15-6379/2016, о том, что: «Медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы обязательного медицинского страхования или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи».

В деле № А03-3116/2018, рассмотренном арбитражным судом Алтайского края, было установлено, что в целях уменьшения оплаты комиссия ОМС приняла изменения в тарифное соглашение, установив понижающий коэффициент к тарифам при оплате сверхплановой медицинской помощи. Соответственно медицинские организации, превысившие выделенный объем, стали получать оплату в несколько раз ниже.

Это дело стало первым, где решение о применении понижающего коэффициента было признано не соответствующим нормативному правовому акту, имеющему большую юридическую силу. Поскольку оно дошло до Верховного Суда РФ, то его цитата из Определения от 27 января 2020 г. № 304-ЭС19-25703 наиболее верно отражает итог всего спора: «Исходя из того, что законодательство гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, ограничение оплаты такой помощи сверх установленного объема посредством применения введенного комиссией Алтайского края по разработке территориальной

программы медицинского страхования корректирующего (понижающего) коэффициента правомерно признано противоречащим закону».

После этого решения со страховых медицинских компаний были взысканы невыплаченные денежные средства, без учета коэффициента, на общую сумму более чем 100 млн. рублей.

В деле № А03-15100/2019, понижающий коэффициент был установлен не к сверхплановому объему медицинской помощи, а к конкретному единому тарифу для группы медицинских услуг по лечению сосудистых заболеваний (варикоз).

Коэффициент был установлен среди года и медицинская организация, специализирующаяся на оказании такой медицинской помощи, стала получать за один случай госпитализации 20 тыс. рублей вместо 50 тыс. рублей. За 4 месяца действия коэффициента убыток составил около 5 млн. рублей.

При рассмотрении дела перед судом был поставлен вопрос о том, насколько экономически обоснованным было такое применение коэффициента, повлекшее снижение тарифа на 60%? Ведь тариф ОМС, как и любая другая регулируемая цена, должен покрывать, установленные законом, затраты медицинских организаций, иначе, могут быть нарушены гарантии оказания качественной медицинской помощи. При этом расчет тарифа должен быть достоверным и обоснованным, а использованные показатели реальными и проверяемыми.

Из представленного в дело экономического обоснования выходило, что многие показатели невозможно проверить, а часть расходов вообще не была учтена. Расчет был произведен лишь по одной медицинской услуге, оказываемой в только в одной больнице, в то время как, тариф был снижен одновременно для семи услуг, находящихся в этой группе, которые оказывали три медицинских организации. Однако доказательств учета данных расходов представлено не было.

Тем не менее, суд в иске отказал, указав что: «... сами по себе расчеты оказанных услуг в отсутствие документального подтверждения таких

расходов, не являются бесспорными доказательствами заявленных истцом доводов...».

Суд вопреки части 1 статьи 65 АПК РФ, переложил бремя доказывания на невластный субъект, несмотря на обязанность органа, принявшего нормативно-правовой акт, доказывать его законность и явные нарушения в экономическом расчете тарифа.

Также были полностью проигнорированы доводы о недопустимости произвольного изменения правового регулирования и необходимости предоставления невластному субъекту переходного периода, вытекающие из постановления Конституционного Суда от 28.11.2017 № 34-П.

В обоих делах, вопрос о соответствии тарифного соглашения вышестоящим нормативным правовым актам рассматривался в процессе рассмотрения иска к страховой компании о взыскании недостающей выплаты. Это стало намного проще, после выхода постановления Конституционного Суда Российской Федерации от 06.12.2017 № 37-П [24], о необходимости проверки арбитражным судом нормативного правового акта, подлежащего применению в гражданском деле (включая утративший юридическую силу).

В обоих случаях, вместо привлечения третьим лицом комиссии ОМС, как самостоятельного субъекта процесса, арбитражные суды привлекали ее членов, мотивируя тем, что комиссия юридическим лицом не является. Вместе с тем, комиссия — это коллективный орган исполнительной власти, который обладает административной правоспособностью и может самостоятельно отвечать за принятые решения. Полагаю, что ее гражданско-правовая правоспособность здесь не должна учитываться. Например, в деле № А83-5097/2019, суд привлек комиссию к участию в деле в качестве самостоятельного лица, и кассация нарушений в этом не увидела.

Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 7 июня 2023 г. № 309-ЭС22-28224 по делу № А60-47184/2021. Суд отменил принятые ранее судебные акты и отказал в удовлетворении иска о взыскании задолженности по договору на оказание медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию, поскольку учреждением оказаны услуги с превышением объемов оказания медицинской помощи. удален абзац

Три инстанции сочли требования обоснованными. ВС РФ с ними не согласился.

В оплате медицинской помощи сверх распределенного объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, могут отказать, если такой объем не перераспределяли. Решения о его корректировке, о распределении средств между страховой медицинской компанией и между медицинскими организациями принимает комиссия.

Постановлением Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 25.12.2023 по делу № А19-11054/2022 утверждено, что ТФОМС не может уменьшить финансирование, если клиника уже оказала помощь в полном объеме.

Медицинский центр оказал услуги по ОМС в объеме, который получил на год. В конце года территориальная комиссия уменьшила объем. Клиника отказалась подписывать соглашение к договору. ТФОМС обратился в суд. Две инстанции поддержали иск, но кассация встала на сторону клиники.

Суд пришел к таким выводам:

–комиссия может перераспределять объемы помощи, но не вправе придавать таким решениям обратную силу;

–клиника уже оказала услуги, которые комиссия исключила из объема.

Фонд получил реестры счетов до заседания комиссии;

–медицинский центр не мог отказать пациентам в оказании услуг.

В целом, можно сказать, что споры в сфере ОМС являются одними из сложных, но и вместе с тем, интересных. Большое количество споров возникает по оспариванию распределения объемов медицинской помощи комиссией ОМС, нецелевом расходовании средств ОМС, взыскании выплат за сверхплановую помощь и так далее. Нормативная база и практика требуют глубокого погружения и у медицинских организаций сегодня достаточно

высока востребованность в квалифицированном юридическом сопровождении таких дел.

3.2 Перспективы совершенствования законодательства в сфере обязательного медицинского страхования

Проблемы и пути совершенствования действующей системы бесплатной медицинской помощи постоянно являются предметом дискуссий.

В апреле 2019 г. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) провел исследование «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития».

В рамках проводимого исследования считаю целесообразным изучение законопроектов, находящихся на рассмотрении в настоящее время. Нормативно-правовые акты, проходящие этапы согласования на различных уровнях, являются основой для продолжения модернизация и реформирования системы обязательного медицинского страхования. Так же только недавно вступившие в силу нормативно-правовые акты, еще не отработанные на практике, так же могут предоставить ценную информацию при изучении их правоприменительной практики и оценке результатов в ближайшей перспективе и в дальнейшем.

Например, с 1 января 2024 года при обращении за медицинской помощью можно предъявить любой документ, удостоверяющий личность. При этом полис обязательного медицинского страхования на бумажном носителе или в виде пластиковой карты предоставляется по желанию человека, который сам выбирает, что ему удобно.

На практике уже сейчас стало ясно, что система здравоохранения недостаточно хорошо развита для полноценного перехода в цифровой формат. Внедрение единой ведомственной медицинской информационной системы выявляет целый ряд проблем, начиная от недостатка материально-технического обеспечения, недостаточной компьютерной грамотности

медицинского персонала, отсутствие полноценного законодательного регулирования в сфере защиты персональных данных пациентов и заканчивая неполноценностью информационной безопасности в объективе высокого уровня угрозы кибератак на разных уровнях предоставления медицинской помощи.

Электронный документооборот между участниками обязательного медицинского страхования только начинает реализовываться. Так как большинство медицинских организаций и страховых компаний использовали региональные медицинские информационные системы, их интеграция в единую ведомственную систему обнаруживает необходимость разработки и внедрения дополнительного программного обеспечения, что повлечет за собой значительные финансовые затраты. При этом основную часть нагрузки в части оплаты данного обеспечения возлагается на бюджет медицинской организации, а не обеспечивается государством или возможностью погашения оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования. Это является тормозящим фактором для большого числа медицинских организаций. В свою очередь, законодательно установленный механизм дополнительного субсидирования или оплаты в рамках обязательного медицинского страхования могло бы стать стимулирующим фактором для скорейшей цифровизации и модернизации взаимоотношений всех участников медицинского страхования.

В 2024 году в 14 пилотных субъектах начинается апробация и внедрение цифрового медицинского профиля. В ней участвуют — Марий Эл, Кабардино-Балкарская республика, Вологодская, Рязанская, Иркутская области, Удмуртия, Карелия, Республика Алтай и еще ряд субъектов.

По итогам пилотирования новых подсистем ГИС ОМС в 14 субъектах будет принято решение о сроках разворачивания на всю страну. С их внедрением человеку станет гораздо проще получить качественную медицинскую помощь, если он заболел в другом субъекте или переехал.

Лечащий врач на новом месте сможет увидеть всю историю обращений по ОМС.

Внесенные в закон «Об обязательном медицинском страховании» изменения не только продлевают выплаты медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний во время диспансеризации и профилактических осмотров, но и устанавливают конкретный уровень этих выплат, определяют на каком этапе и какому медицинскому работнику эти выплаты полагаются. На практике от применения данного пункта законодательства ожидают увеличение выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях, а также улучшение качества проводимых профилактических мероприятий в целом.

Для улучшения ситуации с кадровым дефицитом, с целью привлечения медицинских сотрудников в отдаленные малонаселенные регионы разрабатываются и внедряются законопроекты, обеспечивающие материальное стимулирование. Например, по поручению Президента в России повышены размеры ежемесячных социальных выплат для медицинских работников, которые работают в рамках обязательного медицинского страхования в сельской местности, районных центрах и малых городах. Постановление от 20 марта 2024 г. № 343, меняющее порядок расчёта таких выплат, подписал Председатель Правительства Михаил Мишустин.

С целью урегулирования порядка смены территории страхования при выборе медицинской организации за пределами территории страхования перспективным планом ФФОМС на 2024 год предусмотрено внесение изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н [49]. ФФОМС начата подготовка предложений по совершенствованию законодательства в части осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в рамках реализации территориальных программ ОМС.

Актуальным вопросом становится оказание содействия в организации обязательного медицинского страхования и организационно-методической помощи территориальным фондам ОМС на территории Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей.

Рассматривается вопрос создания прототипа механизма автоматизированного мониторинга качества оказания медицинской помощи с применением в рамках апробации технологий искусственного интеллекта с целью осуществления контроля достоверности, полноты и актуальности данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

При реализации ОМС также возникают проблемы взаимодействия его непосредственных участников в лице организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций и ТФОМС. Например, сложности в определении факта, объёма и стоимости оказанных услуг. При определении объёма и стоимости оказанных медицинской организацией услуг, подлежащих оплате страховой медицинской организацией, большое значение приобретают соответствующие мероприятия контроля, предусмотренные главой 9 №326-ФЗ. Они проводятся с привлечением дополнительных специалистов-экспертов, деятельность которых также финансируется за счёт бюджетных средств. При применении главы 9 № 326-ФЗ, контроль над оказанием услуг одной медицинской организацией могут осуществлять сразу три юридических лица: страховая медицинская организация – в форме заключений, ФФОМС – в форме заключений и ТФОМС – в форме решений и заключений. При этом, например, сохраняется ответственность медицинской организации перед гражданами по договорам оказания медицинских услуг, гражданская ответственность лечебных организаций за причинение вреда гражданину лицом, причинившим вред (статья 1064 Гражданского кодекса РФ).

С целью совершенствования системы организации контроля качества и доступности медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в

рамках обязательного медицинского страхования, ФФОМС начата разработка программы подготовки специалистов, осуществляющих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Считаю необходимым отметить, что в период проведения исследования выявлена интенсификация процессов совершенствования правового регулирования правоотношений в системе обязательного медицинского страхования. Вносимые в имеющиеся законодательные акты поправки и принятие новых нормативно-правовых актов различного уровня, позволяют более четко регулировать взаимоотношения в сфере обязательного медицинского страхования. Так, за последние 2 года были утверждены ряд профессиональных стандартов и клинических рекомендаций. В рубрикаторе клинических рекомендаций на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ за период 2020 года по март 2024 года размещено более 450 клинических рекомендаций по различным нозологиям.

Внесенные в декабре 2023 года поправки в Закон об основах охраны граждан продлевают переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с установленным порядком (Проект Постановления Правительства РФ (подготовлен Минздравом 16.01.2024 г.).

Конкретный порядок перехода на работу по клиническим рекомендациям устанавливает Правительство РФ [36]:

- крайний срок перехода к оказанию медпомощи на основе клинических рекомендаций - 1 января 2025 года;
- клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте до 1 января 2024 г., применяются с 1 января 2024 г. и учитываются при формировании Программы государственных гарантий на 2025 и последующие годы;
- клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте после 01 января 2024 г., применяются с 1 января 2025 г. и также учитываются

при формировании Программы государственных гарантий на 2025 и последующие годы.

При этом определением Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 21.08.2023 № 16-КГ23-23-К4 регламентировано, что в связи с тем, что клинические рекомендации являются основой критериев оценки качества медицинской помощи (часть 2 статьи 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), они являются обязательными к исполнению для всех медицинских организаций с момента утверждения.

С целью совершенствования законодательства об обязательном медицинском страховании и других законодательных и нормативно-правовых актов в сфере охраны здоровья, устранения разночтений в нормах, дающих возможность произвольного их толкования и правоприменения, а также устранения дискриминации медицинских организаций по объемам и тарифам оказываемой медицинской помощи и приведения в целом указанных норм в соответствие нормам Конституции РФ и Международных актов в области охраны здоровья, предлагаю внести следующие изменения и дополнения:

- в систему обязательного страхования можно вернуть договорной характер взаимоотношений между страхователем и страховщиком. При этом, в случае ненадлежащего исполнения страховщиком своих функций потребитель сможет привлечь его к ответственности. Это послужит гарантией реализации права пациента на бесплатную медицинскую помощь, так как такие правоотношения попадают под действие закона о защите прав потребителей. Предложенные изменения должны выступить как стимулирующий инструмент для получения качественных услуг;
- в качестве еще одного механизма регулирования работы страховщика могут быть использованы условия наступления его ответственности. Так, например, в соответствии с пунктом 8 статьи 14 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере обязательного медицинского страхования, в рамках действующего законодательства РФ и условиях договора. Данная формулировка, используемая законодателем, весьма размыта. Поэтому предлагается в данную статью внести изменения, в соответствии с которыми, страховые медицинские компании будут отвечать по своим обязательствам за счет собственных средств;

- в нормы Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в Приложении № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, внести изменения в нормы, регламентирующие порядок установления и корректировки объемов, установив право Комиссии на согласование и утверждение объемов на основании поданной медицинской организацией заявки в соответствии с имеющейся у нее лицензией;
- закрепить право Комиссии осуществлять корректировку объемов не более 1 раза в год, в конце отчетного года, большинством голосов присутствующих, не менее чем от 2/3 членов комиссии;
- в настоящий момент застрахованное лицо наделено правом выбора врача не чаще чем один раз в год. В связи с чем предлагается внести изменения в части 2 и части 4 статьи 21 ФЗ-323, исключив из текста правило одного раза выбора врача и/или медицинской организации и предоставить право застрахованному лицу на выбор врача в рамках разумного [26].

Заключение

Законодательство в сфере регламентации правоотношений в сфере обязательного медицинского страхования постоянно актуализируются. Итоги исследования получены благодаря следующим мероприятиям:

- были изучены общие положения об обязательном медицинском страховании, проанализированы понятия медицинского страхования, субъектов и принципов организации ОМС, нормативно-правовое регулирование, права, обязанности и ответственность субъектов;
- проведен обзор прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, исследованы договорные отношения в сфере ОМС и установлены основные моменты правового регулирования экспертизы качества медицинской помощи в рамках ОМС;
- выделены основные моменты правового обеспечения базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования.

Считаю необходимым отметить, что в период проведения исследования выявлена интенсификация процессов совершенствования правового регулирования правоотношений в системе обязательного медицинского страхования. Вносимые в имеющиеся законодательные акты поправки и принятие новых нормативно-правовых актов различного уровня, позволяют более четко регулировать взаимоотношения в сфере обязательного медицинского страхования. Так, за последние 2 года были утверждены ряд профессиональных стандартов и клинических рекомендаций. В рубрикаторе клинических рекомендаций на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ за период 2020 г по март 2024 года размещено более 450 клинических рекомендации по различным нозологиям.

Внесенные в декабре 2023 года поправки в Закон об основах охраны граждан продлевают переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и

утвержденных в соответствии с установленным порядком (Проект Постановления Правительства РФ (подготовлен Минздравом 16.01.2024 г.).

Конкретный порядок перехода на работу по клиническим рекомендациям устанавливает Правительство РФ [36]:

- крайний срок перехода к оказанию медпомощи на основе клинических рекомендаций - 1 января 2025 года;
- клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте до 1 января 2024 г., применяются с 1 января 2024 г. и учитываются при формировании Программы государственных гарантий на 2025 и последующие годы;
- клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте после 01 января 2024 г., применяются с 1 января 2025 г. и также учитываются при формировании Программы государственных гарантий на 2025 и последующие годы.

При этом определением Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 21.08.2023 № 16-КГ23-23-К4 регламентировано, что в связи с тем, что клинические рекомендации являются основой критериев оценки качества медицинской помощи (часть 2 статьи 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), они являются обязательными к исполнению для всех медицинских организаций с момента утверждения.

Таким образом, актуализация и внедрение новых стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций улучшают работу экспертов, которые проводят экспертизу качества в рамках обязательного медицинского страхования.

Проведенное комплексное исследование и анализ правового регулирования обязательного медицинского страхования в России на современном этапе позволили выявить следующие позиции:

- а) установлено, что не уделено должного внимания вопросам совершенствования законодательства, регулирующего обязательное

медицинское страхование, обеспечивающее реализацию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, ее доступность и качество;

б) в законодательстве определены понятия медицинского страхования, принципы организации ОМС, что позволило провести дифференциацию понятий субъектов и участников обязательного медицинского страхования;

в) установив круг обязанностей, прав и ответственность субъектов ОМС, автором выявлены недостатки их нормативного регулирования и обоснована необходимость реформирования законодательства в целях совершенствования механизмов контроля доступности и качества бесплатной медицинской помощи;

г) выявлено, что недостаточно урегулированы вопросы специальных механизмов защиты прав пациентов при оказании им бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, качество оказываемой помощи и ее доступность до настоящего времени полноценно не регламентированы. С целью устранения данных недостатков предлагается:

- 1) внести изменения в части 2 и 4 статьи 21 ФЗ-323, исключив из текста правило одного раза выбора врача и/или медицинской организации и предоставить право выбора застрахованному лицу на выбор врача в рамках разумного;

- 2) внесение изменений, которые разрешат применять меры гражданско-правовой ответственности как к страховой медицинской организации, так и к медицинским организациям, которые отказывали лицам, застрахованным в других регионах, в оказании бесплатной помощи за пределами данных регионов;

д) установлено, что правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в рамках ОМС нуждается в уточнении и конкретизации:

- 1) необходимо законодательно установить и закрепить критерии качества медицинской помощи, оценку эффективности оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;
 - 2) рассмотреть вопрос о введении персональной ответственности медицинского работника за ненадлежащее оказание медицинской помощи, что должно привести к повышению качества оказываемой помощи;
- ж) проведенный обзор судебной практики выявил, что отсутствие конкретизации во многих вопросах контроля качества оказания медицинской помощи, определении договорной или деликтной ответственности медицинской организации в условиях оказания бесплатной медицинской помощи может приводить к возникновению коллизий при вынесении решений в пользу одних или других участников ОМС в подобных ситуациях;
- з) при анализе правового регулирования и обеспечения базовой и территориальной программ ОМС установлена довольно существенная проблема в возможности защиты прав медицинской организации, навязывании избыточных объемов, а в дальнейшем - применение к ним штрафных санкций за невыполнение, либо наоборот - занижение объемов или тарифов при более широких возможностях медицинской организации в предоставлении услуг или оказании медицинской помощи по тому или иному профилю. В связи с чем автором предлагается:
- 1) внести в часть 10 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» изменения в положения, регламентирующие деятельность региональных комиссий, исключив процедуру определения объема предоставления медицинской помощи и право на урезание лимитов по ней,

установив, что объем помощи устанавливается на основании заявки медицинской организации в соответствии с имеющимися у нее лицензиями;

- 2) в нормы Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в Приложении № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, внести изменения в нормы, регламентирующие порядок установления и корректировки объемов, установив право Комиссии на согласование и утверждение объемов на основании поданной медицинской организацией заявки в соответствии с имеющейся у нее лицензией;
- 3) закрепить право Комиссии осуществлять корректировку объемов не более 1 раза в год, в конце отчетного года, большинством голосов присутствующих, не менее чем от 2/3 членов комиссии.

Выводы, полученные в ходе исследования раскрывают необходимость дальнейшего реформирования и постоянного совершенствования нормативно-правовой базы регулирования обязательного медицинского страхования для того, чтобы отвечать потребностям современного общества.

Вышеизложенное позволяет утверждать, что поставленные в исследовании задачи решены и цель достигнута.

Список используемой литературы

1. Абубакиров А. С. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования : монография / А. С. Абубакиров [и др.]. Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. — 167 с.
2. Агамов З. Х., Бурцев А. К., Москвичева Л. И. «Нормативно-правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в РФ»// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021; 29(1), с.139-143
3. Аксенова Е. И., Бессчетнова О. В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор.– М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 40 с.
4. Алиев Б.Х., Махдиева Ю.М. Основы страхования: учебник для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Финансы и кредит», «Бухгалтерский учет, анализ и аудит» /М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. - 503 с.
5. Апелляционное определение Архангельского областного суда от 02.04.2015 № 33-1492/2015.
6. Апелляционное определение Московского городского суда от 14.01.2019 по делу №33-625/2019 // <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SOCN&n=1144123#LZ4X85U4USmhVLjG1> (дата обращения 23.02.2024)
7. Барышникова Т.Ю., Кузнецов Ю.А. К вопросу о природе социально-страховой ответственности// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 5. Оптимизация межотраслевых связей трудового права и права социального обеспечения/под ред. А.М. Лушниковой, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2010. С. 93.
8. Бутковский П.П. Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования: автореф. дис. канд. юрид. наук. - М.: 2005. – 25 с.

9. Бушуева В.П. Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе: автореф. дис.канд. юрид. наук. - М.: 2006. – 26 с.
10. Бюллетень международных договоров. 1994. № 6
11. Вялых Н. А. Социальное неравенство и конфликты в российском здравоохранении : монография /; Южный федеральный университет. - Ростов н/Д : Издательство Южного федерального университета, 2020. - 148 с.
12. Галимова И. В. Состояние и тенденции развития медицинского страхования в России // Экономика нового мира. 2019. Т. 4, № 3 (15). С. 60.
13. Гибадуллина Л.Т. Право на надлежащее качество медицинской услуги и способы обеспечения его реализации в российском законодательстве// Вестник экономики, права и социологии, 2014, № 4 с.125-128
14. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ (Редакция от 24.07.2023)// <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=455647> (дата обращения 23.02.2024)
15. Григорьев И.В. Социальное обеспечение трудящихся-мигрантов (правовые вопросы): автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2006.
16. Гусаченко, И. Н. Практика разрешения правовых конфликтов, связанных с ненадлежащим качеством медицинских услуг в ОМС: рассмотрение споров, связанных с применением санкций в системе ОМС / И. Н. Гусаченко. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 49 (391). — С. 189-191. — URL: <https://moluch.ru/archive/391/86114/> (дата обращения: 28.02.2024).
17. Дерягин Г.Б., Кича Д.И., Коновалов О.Е. Медицинское право: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» /— М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. — 239 с.
18. Епифанова Е.В., Цыганова О.А., Ившин И.В., Мартынов Е.А. Гражданско-правовая и уголовно-правовая ответственность в медицине: Учебное пособие.

19. Закон РФ от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»
20. Информационное агентство России ТАСС// [tass.ru /obschestvo/8461715](https://tass.ru/obschestvo/8461715)
21. Каменева З.В. К вопросу качества медицинской помощи // Адвокат. – 2011. – № 10. – С. 70-72.
22. Ковалевский С.М. Некоторые дискуссионные правовые проблемы ответственности за медицинский вред и его возмещения // Социальное и пенсионное право. 2014. № 1.
23. Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: учебное пособие. М.: «Дашков и К», 2009. – 452 с.
24. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 14.03.2020 № 1-ФКЗ)// Конституция Российской Федерации. — Москва: ИНФРА-М, 2023. — 70 с.
25. Кузнецов Д.Ю., Старченко А.А. Пути повышения эффективности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: пациент-ориентированный подход // Журнал Лечебное дело /ООО АТМО, 2016 г, Т.4
26. Левинзон В.С Совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании в России // «Научно-практический электронный журнал Аллея Науки» №11(74) 2022 // [Alley-science.ru](https://alley-science.ru)
27. Левчаев П.А. Государственные внебюджетные фонды: учебное пособие / — Москва, ИНФРА-М, 2021. — 145 с. — (Высшее образование: Бакалавриат). : znanium стр.104
28. Нечаев С.В. Право на бесплатную медицинскую помощь в условиях реформирования отечественной системы здравоохранения// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2020. № 1.

29. Определение Конституционного Суда РФ от 25 октября 2016 г. № 2298-О

30. Определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 21.08.2023 №16-КГ23-23-К4

31. Письмо ФФОМС от 05.05.98 г. № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования»

32. Письмо ФФОМС от 26 апреля 2012 года № 3021/80-1/и N 3021/80-1/и «О перечне писем ФФОМС»

33. Поручение Президента РФ от 12 декабря 2020 г. № Пр-2072 «Перечень поручений по вопросам совершенствования системы обязательного медицинского страхования».

34. Постановление АС ПО от 15.01.2021 № Ф06-68906/2020 по делу № А57-20347/2019.

35. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда»

36. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 №1968 «Об утверждении правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации».

37. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

38. Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»

39. Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»

40. Приказ МЗ РФ от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

41. Приказ МЗ РФ от 19 февраля 2021 г. № 117н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи».

42. Приказ Минздрава Российской Федерации от 26 10.2022 г. № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования»

43. Приказ Минздрава России от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями».

44. Приказ Минздрава России от 30.12.2020 № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

45. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

46. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

47. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

48. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 231н от 19.03.2021 «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

49. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №254н от 26.03.2021 «О внесении изменений в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н».

50. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»// Российская газета – Федеральный выпуск. № 108 (7866). 22.05.2019.

51. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями от 05.03.2020).

52. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».

53. Решение Зеленоградского районного суда г. Москвы от 11 февраля 2014 г. по делу № 2-261/14

54. Сверхдюк М.Г., Ушакова О.В. Проблемы реализации права пациента на выбор медицинской организации, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Нормативные положения и судебная практика // М.: Национальный институт

медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №1 (11). С. 55-63.

55. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Каменская Н.А. Проблема ненадлежащего врачевания - в центре внимания профессионального сообщества // Медицинское право. 2014. № 6. С. 9 - 13.

56. Сироткина А.А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования: автореф. дис. канд. юрид. наук. – М., 2004. – 28 с.

57. Соглашение между Правительством Республики Казахстан и Правительством Российской Федерации о порядке медицинского обслуживания персонала космодрома «Байконур», жителей города Байконур, поселков Торетам и Акай в условиях аренды Российской Федерацией комплекса «Байконур»(г. Москва, 17 ноября 2009 г.), (с изменениями и дополнениями от 09.11.2017 г.)// [Электронный ресурс] https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30150200

58. Соглашение между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти» от 23 декабря 1995 года (в ред. Протоколов от 12.04.2016, от 26.12.2016)

59. Соглашение Правительств государств - участников стран СНГ от 27.03.1997 «Об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств»// Российская газета. № 90. 12.05.1997.

60. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Перхов В.И., Янкевич Д.С. Проблемы оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2016: (1);26-30.

61. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

62. Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

63. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // (в ред. от 19.12.2022 №519-ФЗ)// Доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа локальный.

64. Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. Состояние и перспективы планирования и финансового обеспечения медицинской помощи населению/ под ред. Академика РАМН В.И. Стародубова. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. - 172 с.

65. Цели и задачи в области устойчивого развития по рекомендациям ВОЗ // <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/> (дата обращения 25.02.2024)

66. Цомартова Ф. В. Охрана здоровья в фокусе медицинского законодательства // Журнал российского права. 2021. Т. 25. № 8. С. 156—160. DOI: 10.12737/jrl.2021.106

67. Шаманаева И.И. Вопросы соотношения российского законодательства о социальном обеспечении с международными актами о правах человека: автореф. дис. канд. юрид. наук. - Екатеринбург, 1999. – 22 с.

68. Шишкин С.В. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы? [Текст]: препринт / С.В. Шишкин, С.В. Сажина, Е.В. Селезнева // Высшая школа экономики. – Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление». – 2015. – № 4. –67 с.

69. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743. PMID: 3045356// <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>

70. Douglas J. Lanska, MD, MS, MSPH, and Arthur J. Hartz, MD, PhD Measurement of quality in health care // 1998 issue, 50 (3) 584-587

71. James N. Goldenberg, The breadth and burden of data collection in clinical practice, Neurology Clinical Practice, 6, 1, (81-86), (2023)

72. Mat Din H, Raja Adnan RNE, Kadir Shahar H, Mawardi M, Awang Dzulkarnain DH, Hassan NH, Nor Akahbar SA, Shariff Ghazali S. Associated Factors in Patient Satisfaction among Older Persons Attending Primary Health Facilities in Sepang, Malaysia. *Malays J Med Sci.* 2024 Feb;31(1):172-180. doi: 10.21315/mjms2024.31.1.15. Epub 2024 Feb 28. PMID: 38456117; PMCID: PMC10917596.

73. 2021 Towards A Compulsory Insurance Of The Civil Liability Of The Doctor. *Tishreen University Journal- Economic and Legal Sciences Series*, 43(5). Retrieved from <https://journal.tishreen.edu.sy/index.php/econlaw/article/view/11076>