



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

АПРЕЛЬ 2021 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

 NOVARTIS

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

Апрель 2021 года. Выпуск №4 (8)

Ежемесячная подборка тематических статей и комментариев специалистов по правовым, организационным и экономическим вопросам.

Оглавление

1. Последствия для медицинской организации при выявлении кода дефекта 1.4 "взимание денежных средств с пациента"; возможность уменьшения стоимости лечения, не оплаченной страховой организацией	2
2. Необходимость возврата остатка средств полученных за оказанную медицинскую помощь по ОМС	4
3. Порядок оказания медицинской помощи гражданам РФ и иностранным лицам без полисов ОМС, а также указанным лицам с полисом ДМС	5

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

1. Последствия для медицинской организации при выявлении кода дефекта 1.4 "взимание денежных средств с пациента"; возможность уменьшения стоимости лечения, не оплаченной страховой организацией

В рамках договора об оказании медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организацией проведена медико-экономическая экспертиза качества медицинской помощи. Составлен акт, применен код дефекта 1.4 "взимание денежных средств с пациента". Соответственно, с учреждения удержана (не оплачена) стоимость лечения в полном объеме и дополнительно начислен штраф. При этом к самому качеству оказанной медицинской помощи претензий нет. Оперативное лечение пациентам выполнено в полном объеме в установленные сроки и без осложнений. Пациенту в стационаре оказана специализированная хирургическая помощь, при этом по договору об оказании платных услуг в период лечения проведено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала молочной железы с применением иммуногистохимических методов (ИГХ исследования). Разница между стоимостью ИХГ (1000 руб.) и стоимостью лечения (100 000 и более) большая.

Вправе ли медицинская организация уменьшить сумму неоплаченной медицинской помощи по ст. 333 ГК РФ? Имеются ли какие-либо правовые основания для взыскание со страховой медицинской организации суммы оказанной медицинской помощи за вычетом стоимости платных услуг, то есть стоимости услуг, уменьшенной на размер платного исследования в связи с несоразмерностью?

Действующее законодательство не предусматривает механизмов снижения размеров неоплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи. К взиманию штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества может быть применена ст. 333 ГК РФ.

Обоснование позиции:

В соответствии с ч. 10 ст. 40, ч. 1 ст. 41 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон N 326-ФЗ) по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 настоящего Федерального закона и условиями договора об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, Федеральный фонд в соответствии с договором об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, договором об оказании и оплате медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Согласно п. 148 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н (далее - Правила N 108н), размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где:}$$

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля, предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

В соответствии с приведенной в Правилах N 108н таблицей для кода дефекта 1.4*(1) размер Кно составляет 1,0.

Аналогичный размер коэффициента установлен в Приложении N 17 к ныне действующему Территориальному тарифному соглашению по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края на 2021 год от 19 января 2021 г., а равно в Приложении N 17 к прежнему Территориальному тарифному соглашению по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края на 2020 год от 31 декабря 2019 г.

При этом по смыслу механизма неоплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи использованная в формуле составляющая РТ (размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи) подразумевает под собой размер тарифа именно оказанной в рамках ОМС медицинской помощи, выставленной для оплаты страховой медицинской организации, а не той медицинской помощи, за которую взята плата с застрахованных лиц. Это подтверждает и судебная практика: постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 2 декабря 2020 г. N 04АП-4675/20 по делу N А19-10642/2020.

Каких-либо оснований для снижения размеров неоплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи вышеприведенные нормативные акты не предусматривают. К сожалению, материалов судебной практики, в которых бы обсуждался вопрос несоразмерности размера неоплаты, определенного в соответствии с п. 148 Правил N 108н, нам обнаружить не удалось. На наш взгляд, положения ст. 333 ГК РФ к размеру неоплаты неприменимы, т.к. нормы о такой неоплате, по сути, регулируют лишь вопросы оплаты оказанных услуг (устанавливают объем оплаты страховой медицинской организацией услуг, оказанных медицинской организацией), соответственно, неоплата не обладает признаками неустойки, данными в п. 1 ст. 330 ГК РФ. Правда, отметим, что в ч. 1 ст. 41 Закона N 326-ФЗ и п. 147 Правил N 108н неоплата прямо названа санкцией, применяемой к медицинским организациям, тем самым приравнена по характеру к штрафу. В связи с этим, по нашему мнению, вопрос о возможности снижения неоплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи соразмерно последствиям нарушения может быть поставлен на рассмотрение Конституционного Суда РФ.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается в соответствии с п. 149 Правил N 108н. Данную сумму можно охарактеризовать как определенную законом денежную сумму, которую должник обязан уплатить кредитору в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства, а значит, можно квалифицировать как неустойку (п. 1 ст. 330 ГК РФ). Поэтому, на наш взгляд, к взиманию штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества может быть применена ст. 333 ГК РФ. Это подтверждается и судебной практикой: смотрите, к примеру, постановление Шестого арбитражного апелляционного суда от 17 июля 2019 г. N 06АП-3323/19, постановление Одиннадцатого арбитражного апелляционного суда от 29 сентября 2020 г. N 11АП-8690/20 по делу N А65-8113/2020.

Отметим, что изложенная здесь позиция является лишь нашим экспертным мнением и может расходиться с позицией правоприменительных органов, в т.ч. суда. За официальными разъяснениями рекомендуем обратиться в Фонд обязательного медицинского страхования.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Прибыткова Мария

2. Необходимость возврата остатка средств полученных за оказанную медицинскую помощь по ОМС

Остаток средств, не использованных в текущем финансовом году, предоставленных на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, используется федеральными государственными учреждениями (г. Севастополь) в очередном финансовом году на те же цели (п. 10 ст. 50.1 Закона N 326-ФЗ).

Каким нормативно-правовым актом (НПА) определяется, что остаток средств на 1 января очередного финансового года, полученный медицинскими организациями за оказанную медицинскую помощь из средств обязательного медицинского страхования (ОМС) на финансовое обеспечение медицинской помощи, включенной в базовую (территориальную) программу обязательного медицинского страхования, используется в очередном финансовом году на те же цели?

Выводы:

Указанные в вопросе средства имеют принципиально разный механизм финансирования:

- источником средств, поступающих медицинским учреждениям за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной (базовой) программы ОМС, являются непосредственно средства ОМС застрахованных граждан. Эти средства медицинскими учреждениями используются в соответствии с заключенными договорами, положения которых и определяют отсутствие требования возврата остатка неиспользованных средств текущего финансового года;

- источником покрытия расходов по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи являются средства межбюджетных трансфертов. Поэтому возвратность средств, полученных медицинскими учреждениями за счет такого источника, уточняется нормативными документами, регламентирующими их выделение.

Источники финансирования обеспечения предоставления медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими учреждениями (бюджетными или автономными) без взимания платы, определяются в соответствии с принятой на соответствующий год "Программой государственных гарантий":

- на федеральном уровне - в соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299 (далее - Постановление N 2299),

- на региональном - соответствующим нормативным актом территории, например, постановлением Правительства Севастополя от 29.12.2020 N 744-ПП "Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Севастополе на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (далее - Постановление N 744-ПП).

Так, медицинские услуги, оказываемые застрахованным гражданам в рамках базовой (территориальной) программы ОМС, финансируются непосредственно за счет средств ОМС (абзац 2 раздела V Постановления N 2299, абзац 2 раздела V Постановления N 744-ПП). Отношения, возникающие в связи с осуществлением этого страхования, регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон N 326-ФЗ). Согласно статье 20 Закона N 326-ФЗ медицинские учреждения получают средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров и используют эти средства на покрытие расходов, определенных программой ОМС (подп. 1 п. 1 и подп. 5 п. 2 ст. 20 Закона N 326-ФЗ). Требования к содержанию договора, включая правила оплаты оказанной медицинской помощи, порядок этой оплаты, контроль за использованием средств, регламентируются статьями 39 и 39.1 Закона N 326-ФЗ, а форма договора определена приказами Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2020 N 1417н "Об утверждении формы типового договора об оказании и оплате медицинской

помощи по обязательному медицинскому страхованию" и от 29.12.2020 N 1396н "Об утверждении формы типового договора об оказании и оплате медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования". Исходя из анализа указанных нормативных положений требование возврата ранее полученных средств медицинскими организациями предусмотрено только в случае их нецелевого использования.

В то же время финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой гражданам РФ, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета (абзац 7 раздела V Постановления N 2299, а для регионального уровня смотрите абзац 7 раздела V Постановления N 744-ПП). В этом случае выделяемые для оплаты средства являются:

- для оплаты ВМП, оказываемой федеральными медицинскими учреждениями, - межбюджетными трансфертами ФФОМС;
- для оплаты ВМП, оказываемой медицинскими учреждениями, подведомственными исполнительному органу государственной власти субъекта РФ, - межбюджетными трансфертами в виде субсидий бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходов субъектов РФ (смотрите, например, абзац 11 раздела V Постановления N 744-ПП).

Учитывая, что механизм предоставления межбюджетных трансфертов может содержать требование возврата неиспользованных остатков в доход бюджета, из которого они были ранее предоставлены (п. 5 ст. 242 БК РФ), то возникает необходимость определить возвратность или невозвратность и тех средств, которые были перечислены медицинским учреждениям для оплаты ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

Поэтому для федеральных учреждений такой порядок определен на федеральном уровне: статьей 50.1 Закона N 326-ФЗ, а также Правилами финансового обеспечения ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой гражданам РФ федеральными государственными учреждениями, утвержденной постановлением Правительства РФ от 05.12.2016 N 1302. Оплата медицинской помощи предоставляется в виде субсидии на государственное задание, и остаток средств возврату не подлежит, а расходуеться в очередном финансовом году на те же цели.

Для региональных медицинских учреждений такое правило устанавливает исполнительный орган государственной власти субъекта РФ, например, Правила финансового обеспечения в 2017-2022 годах оказания гражданам РФ, проживающим на территории города Севастополя, высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в медицинских организациях города Севастополя, утвержденные постановлением Правительства Севастополя от 29.12.2016 N 1305-ПП, которое допускает пересмотр соглашения с медицинским учреждением в части перераспределения объема ранее выделенной субсидии.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Гурашвили Георгий

3. Порядок оказания медицинской помощи гражданам РФ и иностранным лицам без полисов ОМС, а также указанным лицам с полисом ДМС

Медицинская организация (Республика Саха (Якутия)) разрабатывает порядок оказания медицинской помощи гражданам РФ и иностранным лицам без полисов ОМС, а также указанным лицам с полисом ДМС.

Какая помощь обязательна (не зависит от наличия полисов) независимо от возраста обратившегося, а какая помощь оказывается только на платной основе или по полису ДМС? Правомерно ли отказать иностранным гражданам (студентам, гастарбайтерам, детям и пожилым) при отсутствии полиса? Если таким лицам была оказана экстренная помощь, то кто ее оплачивает?

1. Относительно оказания экстренной медицинской помощи отметим следующее.

Часть 1 ст. 41 Конституции РФ гарантирует каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

При этом по общему правилу иностранные граждане пользуются в России правами и несут обязанности наравне с гражданами РФ; исключения должны быть прямо предусмотрены федеральным законом (ст. 4 Федерального закона от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации").

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон N 323-ФЗ) провозглашает, что государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в частности, предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается (ч. 2 ст. 5, п. 5 ст. 10, чч. 1 и 2 ст. 11 Закона N 323-ФЗ).

Согласно чч. 2 и 3 ст. 19 Закона N 323-ФЗ каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории РФ, устанавливается законодательством РФ и соответствующими международными договорами РФ. Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Часть 1 ст. 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон N 326-ФЗ) определяет, что застрахованными в системе ОМС лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в России иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах", отвечающие определенным требованиям.

Таким образом, вышеназванные лица, в том числе постоянно или временно проживающие в России иностранные граждане и лица без гражданства, вправе получать медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи (п. 1 ч. 2 ст. 16 Закона N 326-ФЗ). Тем самым экстренная медицинская помощь оказывается пациенту без предъявления полиса ОМС. Иными словами, такая медицинская помощь оказывается

всем, независимо от наличия у них статуса лица, застрахованного в системе ОМС. Отказать в экстренной медицинской помощи лицам, не представившим полис ОМС, медицинская организация не вправе.

Это подтверждают и нормы Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N 186 (далее - Правила N 186), принятых в соответствии с ч. 4 ст. 19 Закона N 323-ФЗ: Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями бесплатно. Иностранцы граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

При этом обращаем внимание на официальную позицию Минздрава РФ о том, что каждый гражданин вправе самостоятельно определять, какими видами медицинской помощи он хотел бы воспользоваться, только экстренной медицинской помощью (без предъявления полиса ОМС), либо иными видами бесплатной медицинской помощи, предусмотренной действующим законодательством РФ (при наличии полиса ОМС) (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2015 г. N 11-8/3000027-4914).

Законодательство о здравоохранении не требует при обращении за медицинской помощью в экстренной форме предъявления документов, удостоверяющих личность. В то же время законодательство о миграционном учете иностранцев требует от медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, направления в орган миграционного учета уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания в течение одного рабочего дня, следующего за днем прибытия иностранного гражданина в место пребывания (п. 1 ч. 3 и ч. 3.1 ст. 20, п. 2 ч. 1 ст. 21 Федерального закона от 18 июля 2006 г. N 109-ФЗ "О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации"). В результате чего Конституционный Суд РФ в определении от 29 октября 2020 г. N 2413-О констатировал, что названные нормы подразумевают наличие у медицинской организации права требовать от иностранных граждан предъявить удостоверение личности в рамках исполнения ими указанной обязанности. В то же время мы полагаем, что обусловить оказание пациенту медицинской помощи в экстренной форме предъявлением им удостоверения личности нельзя; медицинская помощь должна оказываться в любом случае, после чего медицинской организации следует предпринять разумные меры по получению от пациента документов, удостоверяющих его личность, и исполнить свои обязанности по миграционному законодательству.

Экстренная медицинская помощь, т.е. медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, представляет собой лишь форму, но не вид медицинской помощи (чч. 2 и 4 ст. 32 Закона N 323-ФЗ). Поэтому она не определяется через перечень медицинских услуг, которые в нее входят. На наш взгляд, в рамках экстренной медицинской помощи должны оказываться все медицинские услуги, входящие в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, необходимые для устранения угрозы жизни пациента. К сожалению, каких-либо официальных разъяснений на этот счет либо судебной практики нам обнаружить не удалось.

Из особенностей оказания медицинской помощи в экстренной форме можно назвать лишь норму п. 13 Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. N 796н: при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать одного часа. Аналогичная норма содержится в п. 8.18 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства

Республики Саха (Якутия) от 1 февраля 2021 г. N 12: Регистрация и осмотр пациента, доставленного в стационарное учреждение по экстренным показаниям, проводятся медицинским работником стационарного учреждения незамедлительно, повторный осмотр - не позднее чем через один час. При состоянии здоровья гражданина, требующем оказания экстренной медицинской помощи, осмотр гражданина и лечебные мероприятия осуществляются незамедлительно любым медицинским работником, к которому он обратился.

Какие-либо иные нормативные акты, устанавливающие особенности оказания экстренной медицинской помощи, в т.ч. в Республике Саха (Якутия), нам в официальных источниках*(2) обнаружить не удалось.

Что касается оплаты этих услуг, то в силу п. 10 ч. 2 ст. 81, ч. 10 ст. 83 Закона N 323-ФЗ, абзаца 14 раздела VI Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. N 1506, а также подп. 6.1 п. 6.1 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) от 1 февраля 2021 г. N 12, объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, включается в средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

2. Относительно оказания медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию (далее - ДМС) отметим следующее.

Как уже было указано, в соответствии с ч. 2 ст. 19 Закона N 323-ФЗ каждый имеет право на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Законодательство не содержит специальных норм, регулирующих гражданско-правовые отношения по ДМС. В связи с этим правовую базу ДМС составляют непосредственно глава 48 ГК РФ "Страхование" и глава I Закона РФ от 27 ноября 1992 г. N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации" (ст. 970 ГК РФ).

Конкретные же условия ДМС, в т.ч. виды медицинских и иных услуг, предоставляемых в рамках ДМС, формы и условия их предоставления определяются страховым полисом в соответствии с применяемыми страховщиком страховыми программами, выбранными страхователем при заключении договора страхования. Соответственно, обязанности медицинской организации в рамках ДМС определяются ее договором со страховой компанией.

При оказании медицинской помощи по ДМС необходимо руководствоваться Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006, и Законом РФ от 7 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей" (пп. 2, 3 и 9 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. N 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей"). Следует обратить внимание на то, что данные нормативные акты возлагают на медицинскую организацию не только обязанности по надлежащему оказанию медицинских услуг (в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи), но и значительный круг информационных обязанностей. Другой особенностью потребительских отношений является то, что за нарушение прав потребителей исполнитель несет имущественную ответственность в виде неустоек, штрафа, а также компенсации морального вреда.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Прибыткова Мария