



## ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### По возможности погружения субъектами РФ в территориальную программу государственных гарантий схем терапии, включенных в Программу государственных гарантий, но не включенных в перечень ЖВНЛП.

Основой для формирования территориальной программы государственных гарантий и тарифного соглашения на территории соответствующего субъекта выступает Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи ежегодно утверждаемая Правительством, которая, в свою очередь, разрабатывается на основе клинических рекомендаций и разработанных на их основе стандартов лечения. Данные гарантии выступают значимым правовым инструментом реализации принципа доступности и качества медицинской помощи, а органы исполнительной власти субъектов и медицинские организации обязаны гарантировать гражданам оказание бесплатной медицинской помощи в предусмотренных объемах.

Обязательность выполнения клинических рекомендаций создает необходимость назначения лекарственного препарата даже при его отсутствии в перечне ЖВНЛП. В таких обстоятельствах, с точки зрения возможности возмещения медицинскими организациями расходов на терапию за счет средств ОМС основными критериями являются наличие схемы терапии в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и схемы терапии в рубрикаторе Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи, как неотъемлемой части программы.

Такой вывод связан с тем, что действующим законодательством субъекты Российской Федерации не наделены правом произвольно занижать нормативы и объемы медицинской помощи, установленные на федеральном уровне. Одновременно, с учетом наличия необходимых условий и критериев для обеспечения доступности предусмотренной в базовой программе государственных гарантий медицинской помощи, субъекты обязаны обеспечить предоставление такой медицинской помощи в предусмотренном объеме, что выражается в отражении необходимых условий, схем, нормативов и пр. в территориальных программах и тарифных соглашениях во избежание ограничения доступа пациентов к гарантированной медицинской помощи.

Более подробное обоснование вопроса изложено в Приложении №1.

#### Эксперт

кандидат юридических наук  
доцент кафедры медицинского права Сеченовского университета  
Руководитель комитета по праву «Ассоциации онкологов России»  
Генеральный директор «Национального института медицинского права»  
+79104437679, pavlova\_yu\_med-law.ru

Ю.В. Павлова

#### Директор

АНО «Национального агентства медицинского права»  
кандидат юридических наук  
доцент кафедры медицинского права Сеченовского университета

А.А. Каменская



## **Приложение №1 к Экспертному заключению по возможности погружения субъектами РФ в территориальную программу государственных гарантий схем терапии, включенных в Программу государственных гарантий, но не включенных в перечень ЖВНЛП.**

### **1. Введение в вопрос**

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) создана для обеспечения конституционных прав граждан, закрепленных в Конституции Российской Федерации<sup>1</sup>. Деятельность всех участников правоотношений в системе ОМС направлена на получение доступной и качественной бесплатной медицинской помощи. Медицинская помощь в системе ОМС предоставляется за счет бюджетных средств в объеме и на условиях, соответствующих программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Средства ОМС формируются за счет страховых взносов, поступающих от работодателей, и средств бюджетов (федерального или субъекта РФ), а также иных дополнительных источников, например недоимок и штрафов по взносам или доходов от размещения временно свободных средств. Средства ОМС аккумулируются в фондах ОМС федерального (ФФОМС) и территориального (ТФОМС) уровня.

Объемы и условия оказания медицинской помощи покрываемой средствами ОМС формируют программу оказания медицинской помощи: базовую или территориальную в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на федеральном уровне<sup>2</sup> и соответствующей Территориальной программой государственных гарантий на уровне субъектов РФ.

В соответствии с федеральным законодательством каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа или Программа государственных гарантий).<sup>3</sup>

Основой формирования Программы являются порядки, стандарты и клинические рекомендации. В настоящее время, порядки, стандарты и клинические рекомендации являются основными документами для оценки качества и безопасности медицинской помощи. Клинические рекомендации и сформированные на их основании стандарты составляют тот объем медицинской помощи, который должен быть отражен в территориальных программах субъектов РФ и являются основой для формирования тарифного соглашения на территории субъекта.<sup>4,5</sup>

### **2. Место стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций в нормативном поле системы здравоохранения**

Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе одобренных и утвержденных клинических рекомендаций. В соответствии с Приказом Минздрава России «Об утверждении порядка разработки стандартов медицинской помощи» от 22 февраля 2022 г. № 103н определен следующий порядок разработки стандартов медицинской помощи:

---

<sup>1</sup> п.1 ст. 41 Конституции Российской Федерации

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. N 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов"

<sup>3</sup> п.2 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

<sup>4</sup> пп. 4 ст.10 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

<sup>5</sup> пп.3, пп.4 ч.1 ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Формирование проекта стандарта медицинской помощи осуществляется на основе соответствующей клинической рекомендации;
- Включение лекарственных препаратов в проект стандарта осуществляется в соответствии с инструкцией по медицинскому применению и при наличии в соответствующей клинической рекомендации тезиса-рекомендации по их применению;
- Подготовка предложений в проект стандарта медицинской помощи осуществляется на основе клинических рекомендаций.

Структура действующего законодательства предполагает полное соответствие и согласованность клинических рекомендаций, стандартов лечения и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – перечень ЖНВЛП). Однако на практике, в условиях переходного периода на клинические рекомендации<sup>6</sup> возможны различные несоответствия (в частности, лекарственный препарат может не входить в Перечень ЖНВЛП, но быть включенным в клинические рекомендации и иметь отдельный тариф на возмещение в системе ОМС согласно рубрикатору Методических рекомендаций). Кроме этого, в программу государственных гарантий, в соответствии с клиническими рекомендациями могут быть погружены схемы терапии с препаратами, не входящими в перечень ЖНВЛП, однако, при наличии соответствующего тарифа на возмещение конкретной схемы не должно возникать препятствий для их применения при условии надлежащего формирования территориальных программ государственных гарантий и тарифных соглашений к ним. При этом отсутствие таких схем в территориальных программах и тарифных соглашениях субъектов РФ может являться необоснованным барьером при назначении лекарственных препаратов и создавать правовые и финансовые риски для медицинских организаций.

Вместе с тем, невыполнение клинических рекомендаций, в зависимости от последствий, может привести к наступлению ответственности. В настоящее время действует Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", согласно которому:

«Критерии качества в амбулаторных условиях:

- ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи
- и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций»

При проведении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности одним из предметов контроля является соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Согласно Правилам поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, утвержденным постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

<sup>7</sup> Постановление Правительства РФ от 29 июня 2021 г. N 1048 "Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности"

Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, определяет Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), среди которых.<sup>8</sup>

«Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.»

Правила обязательного медицинского страхования также уточняют соответствующие коэффициенты для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации и для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества за невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.<sup>9</sup>

Таким образом, проведенный анализ применимых нормативно-правовых актов определяет необходимость и обязательность оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и стандартов лечения.

### **3. Судебная практика в части применения клинических рекомендаций**

Верховный Суд Российской Федерации также отразил в своем решении необходимость исполнения клинических рекомендаций как обязательного условия надлежащего оказания медицинской помощи:

Постановление Пленума Верховного Суда от 15 ноября 2022 г. №33 (выдержка)

Пленум Верховного Суда Российской Федерации принял постановление, в котором пояснил судам, что необходимо учитывать при применении норм о компенсации морального вреда. Часть приведенных в нем разъяснений посвящена вопросам, связанным с компенсацией морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи.

Так, в постановлении отмечается, что разрешая подобные требования, суду надлежит, в частности, установить соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медпомощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

Методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» закрепили определение «ненадлежащего оказания медицинской помощи». Ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту - оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту.

---

<sup>8</sup> п.3.1 раздел 3 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. N 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"

<sup>9</sup> Приложение №5 Приказа Минздрава России от 28.02.2019г. № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» также предусматривает

Проводя судебно-медицинскую экспертизу экспертная комиссия в первую очередь должна анализировать соблюдение при оказании медицинской помощи пациенту порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи.

Таким образом, вышеприведенный анализ законодательства и правоприменительной практики, позволяет сделать объективный вывод об обязательности выполнения клинических рекомендаций, что должны учитывать субъекты РФ при принятии территориальной программы государственных гарантий и формировании тарифного соглашения к программе.

#### **4. Роль программы государственных гарантий при оказании медицинской помощи**

Согласно статье 81 Федерального закона №323 от 21.11.2011 г. территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в конкретном субъекте РФ формируется на основании Программы государственных гарантий, основу которой составляют клинические рекомендации. Программа также закрепляет необходимость при формировании территориальной программы государственных гарантий учитывать порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации.

На основании территориальной программы формируется тарифное соглашение с выделением соответствующих тарифов с учетом Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи.<sup>10</sup> Методические рекомендации, являясь частью Программы государственных гарантий создают необходимую правовую базу для формирования территориальных программ и тарифных соглашений. В целом, обязательность выполнения методических рекомендаций определяется тем, что они являются неотъемлемой частью Программы и разъясняют порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Письмом Минздрава России от 30 января 2023 г. N 31-2/И/2-1287 даны разъяснения по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи на 2023 г. и плановый период 2024 и 2025 гг. В данном документе, помимо иного закреплён тот факт, что органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Таким образом, основой для формирования территориальной программы, тарифов на оплату медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи, применяемых в субъекте Российской Федерации являются Программа государственных гарантий и Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи. При этом Методические рекомендации являются правовой основой с точки зрения аллоцируемых тарифов и применяемых способов оплаты при формировании территориальной программы и тарифного соглашения к ней.

#### **5. Судебная практика о несоответствии территориальных программ государственных гарантий**

Несоответствие территориальных программ программе государственных гарантий периодически является предметом судебного разбирательства.

---

<sup>10</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 26 января 2023 г. N 31-2/И/2-1075 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования").

Чаще всего в суд с административным иском обращается прокурор в интересах неопределенного круга лиц, заявляя требования о несоответствии федеральному законодательству и признании недействующим определенной части территориальной программы. Подавляющее большинство подобных исков удовлетворяются, общий довод следующий:

Действующим законодательством субъекты Российской Федерации правом произвольно занижать объемы оказания бесплатной медицинской помощи не наделены, а реализация права граждан на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи не должна зависеть от наличия средств в бюджете субъекта Российской Федерации.

Пример судебного решения:

Апелляционное определение СК по административным делам Верховного Суда РФ от 23 января 2019 г. N 30-АПГ18-5

Выводы суда:

Федеральный законодатель, наделяя органы государственной власти субъекта Российской Федерации указанными выше полномочиями и включая законодательство субъектов Российской Федерации в систему правового регулирования в области охраны здоровья, одновременно установил объемы и границы осуществления нормотворческих полномочий органов государственной власти субъекта Российской Федерации в этой сфере, предусмотрев в частях 1 и 3 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ положения, согласно которым органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с Федеральной программой, а дополнительные виды и дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи, а также условия оказания медицинской помощи могут быть предусмотрены Территориальной программой при условии выполнения финансовых нормативов, установленных Федеральной программой.

Сопоставление оспариваемых положений о нормативах объема медицинской помощи, средних нормативах финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средних подушевых нормативах финансирования Территориальной программы с аналогичными нормами Федеральной программы свидетельствует о том, что Правительством Карачаево-Черкесской Республики названные нормативы определены в меньшем объеме по сравнению с нормативами, утвержденными Правительством Российской Федерации.

Суд первой инстанции сделал правильный вывод о том, что региональные нормы вступают в противоречие с федеральным правовым регулированием, поскольку нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, устанавливаемые Территориальной программой, должны соответствовать Федеральной программе, устанавливающей названные нормативы как средние показатели, являющиеся государственной гарантией равного права всех граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи, следовательно, не могут быть определены субъектами Российской Федерации в меньшем размере.

## **6. Назначение препаратов вне перечня ЖНВЛП**

Основным барьером и поводом для отказа в назначении лекарственных препаратов, которые не включены в перечень ЖНВЛП является тот факт, что лечащий врач не может их назначить по собственной инициативе, без решения врачебной комиссии. Вместе с тем, действующее законодательство не предполагает установления каких-либо ограничительных

перечней лекарственных препаратов для обеспечения больных эффективными лекарственными препаратами и определяет возможность назначения необходимых лекарственных средств без взимания платы, в рамках Программы государственных гарантий по решению врачебной комиссии.

В частности:

– Согласно п. 15 ст.37 ФЗ № 323 назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

– п.3, пп. 2 ст. 80 ФЗ № 323 определяет невозможность взимания платы при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий в случае назначения и применения по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии.

Также ряд подзаконных актов уполномоченных органов закрепляют возможность назначения лекарственных препаратов вне перечней:

По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в перечень ЖНВЛП, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинской документации пациента и журнале врачебной комиссии.<sup>11</sup>

Законодательством не установлены правовые критерии медицинских показаний, в частности «жизненных показаний» для назначения лекарственных препаратов, в связи с этим, их определение и обоснование необходимости назначения является предметом для рассмотрения и принятия решения специалистами, входящими в состав врачебной комиссии. В данном случае жизненным показанием может считаться включение лекарственного препарата в клинические рекомендации.<sup>12</sup>

## **7. Применение схем терапии, включенных в Программу государственных гарантий, но не включенных в перечень ЖНВЛП в системе ОМС**

Схемы терапии, погруженные в Программу государственных гарантий и имеющие отдельный тариф в модели КСГ согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи могут быть применены в системе ОМС и должны быть возмещены за счет средств ОМС согласно предусмотренному тарифу в связи со следующим: Согласно п.2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь в

---

<sup>11</sup> п.5, п.29 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов"

<sup>12</sup> Порядок оформления протокола врачебной комиссии определен Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации"

гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

На основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в каждом субъекте России формируется и принимается соответствующая ему территориальная программа. При этом важно отметить, что Программа государственных гарантий является базовой, т.е. объем медицинской помощи, предусмотренный в базовой программе не может быть ниже соответствующей ему Территориальной программе.

Одновременно, при формировании как территориальной так и федеральной программы обязательно учитываются порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации.

В этой связке Методические рекомендации как часть Программы государственных гарантий создают необходимую правовую базу для формирования территориальных программ и тарифных соглашений.

Согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи<sup>13</sup>:

- В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются способы оплаты, установленные Программой государственных гарантий;<sup>14</sup>
- Перечень групп заболеваний для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включающий также коэффициенты относительной затратоемкости, установлен Приложением N 4 к Программе и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации, за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ.<sup>12</sup>

В случае возникновения ситуации, когда препарат не включен перечень ЖНВЛП, но схема терапии присутствует в клинических рекомендациях Минздрава России, в Программе государственных гарантий, а также соответствующая схема терапии погружена в КСГ рубрикатора Методических рекомендаций, следует обеспечить согласованность нормативных правовых актов на уровне соответствующего субъекта Российской Федерации, через отражение соответствующих схем терапии в Территориальной программе государственных гарантий и тарифном соглашении субъекта.

Несоответствие территориальных программ субъектов программе государственных гарантий может являться предметом судебного разбирательства по иску от прокуратуры соответствующего субъекта, что подтверждается судебной практикой.<sup>15,16</sup>

Несоответствие территориальных программ субъектов и тарифных соглашений может затруднить применений указанных схем медицинскими организациями, что противоречит действующему законодательству и рассматривается как нарушение качества оказания медицинской помощи.<sup>17,18</sup>

---

<sup>13</sup> <Письмо> Минздрава России от 26.01.2023 N 31-2/И/2-1075 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" (вместе с "Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования", утв. Минздравом России N 31-2/И/2-1075, ФФОМС N 00-10-26-2-06/749 26.01.2023)

<sup>14</sup> Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. N 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов"

<sup>15</sup> Апелляционное определение СК по административным делам Верховного Суда РФ от 23 января 2019 г. N 30-АПГ18-5. Решение: Субъекты РФ правом произвольно занижать объемы оказания бесплатной медицинской помощи не наделены.

<sup>16</sup> Апелляционное определение СК по административным делам Верховного Суда РФ от 18 декабря 2019 г. N 59-АПА19-11. Решение: тПГГ признана частично недействующей.

<sup>17</sup> Приложение к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. N 231н, раздел 3, п. 3.1

<sup>18</sup> Приказ МЗ РФ от 28.02.2019г. № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»

Таким образом, при формировании в субъекте Российской Федерации территориальной программы государственных гарантий и тарифного соглашения на его основе, должна учитываться Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утвержденная соответствующим постановлением Правительства с целью обеспечения минимального объема оказываемой медицинской помощи.

При этом Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи определяют место соответствующей схемы терапии в модели возмещения и способ оплаты такой схемы.

Эксперт

кандидат юридических наук

доцент кафедры медицинского права Сеченовского университета

Руководитель комитета по праву «Ассоциации онкологов России»

Генеральный директор «Национального института медицинского права»

+79104437679, pavlova\_yu\_med-law.ru

Ю.В. Павлова

Директор

АНО «Национального агентства медицинского права»

кандидат юридических наук

доцент кафедры медицинского права Сеченовского университета

И.А. Каменская

