

УДК 368.9 (571.62-25)

В.В. Таранчук, Е.В. Денисова, Н.А. Болоняева, Е.К. Гапоненко, Л.П. Исаенко

Вопросы правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг в рамках ДМС (на примере КГБУЗ КДЦ «Вивея»)

Клинико-диагностический центр «Вивея», г. Хабаровск

Контактная информация: Е.В. Денисова, e-mail: denisova@viveya.khv.ru

Резюме

В статье представлен практический опыт клинико-диагностического центра «Вивея» г. Хабаровска по регулированию правовых взаимоотношений с субъектами добровольного медицинского страхования при оказании медицинских услуг.

Ключевые слова: правовые нормы, договор, добровольное медицинское страхование, клинико-диагностический центр

V.V. Taranchuk, E.V. Denisova, N.A. Bolonyaeva, E.K. Gaponenko, L.P. Isaenko

Issues of legal regulation of the interaction of parties in the provision of medical services within the framework of VHI (using the example clinical diagnostic center of the Viveya)

Clinical diagnostic center «Vivea», Khabarovsk, Russia

Summary

The article presents the practical experience of the clinical diagnostic center «Viveya» in Khabarovsk in regulating legal relationships with subjects of voluntary health insurance in the provision of medical services.

Key words: legal norms, contract, voluntary health insurance, clinical diagnostic center

Введение

Актуальность темы статьи обусловлена проблемами для медицинских организаций Российской Федерации при заключении договоров и взаимодействии со страховыми организациями при оказании медицинских услуг в рамках ДМС.

Наличие неопределенности в части понятийного аппарата и используемых в договоре дефиниций порождает для медицинской организации негативные последствия. И не секрет, что страховая организация под разными предлогами и обоснованиями старается отказать в оплате оказанных медицинских услуг. Здесь определенно усматриваются признаки потребительского экстремизма. Причиной тому яв-

Вопросы правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг ... является имеющаяся правовая неопределенность при взаимодействии сторон рассматриваемых правоотношений, а где-то и правовой нигилизм со стороны медицинских организаций в рамках рассматриваемых правоотношений.

На примере КГБУЗ КДЦ «Вивея» предлагаем рассмотреть возможное решение вопросов правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг в рамках ДМС.

Обсуждение результатов

С 1 января 2011 г. Федеральным законом № 326-ФЗ признан утратившим силу Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [3]. Однако, не смотря на этот факт, страховые организации, работающие с ДМС, продолжают ссылаться на него. И мало кто знает, какими нормативными правовыми актами регулируются рассматриваемые правоотношения в настоящее время, и какие же компетенции имеет страховая организация в рамках договора на оказание медицинской помощи в системе ДМС

Напомним, что, в настоящее время, нормативными правовыми актами, регулируемыми правоотношения при оказании медицинской помощи в рамках ДМС, являются:

- Гражданский кодекс Российской Федерации (главы 39 (возмездное оказа-

ние услуг) и 48 (страхование), которые содержат общие положения [1].

- Закон РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [2] согласно которому деятельность субъектов страхового дела подлежит лицензированию (ст.4.1). Пунктом 3 статьи 4 указанного закона установлено, что объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование). А статьей 32 установлено, что лицензия выдается: 1) страховой организации на осуществление, в частности, добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни. И уже статьей 32.9 установлены виды страхования, в частности: медицинское страхование

А согласно пункту 2 ст. 4.1., сведения о субъектах страхового дела подлежат внесению в единый государственный реестр субъектов страхового дела.

- Единый государственный реестр субъектов страхового дела размещается на сайте Банка России в сети Internet (<http://www.cbr.ru>), где мы и можем проверить

Вопросы правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг ...
соответствие страховой организации лицензионным требованиям.

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4], 84-ой статьей которого установлены общие положения о платных медицинских услугах и 37-ой статьей установлен порядок организации оказания медицинской помощи.

- Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [6], которым определены порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг, том числе, на основании договоров добровольного медицинского страхования

Итак, при обращении к нам страховой организации с намерением заключить договор на оказание медицинской помощи в рамках ДМС, мы первым делом проверяем соответствие данной страховой организации лицензионным требованиям.

В рассматриваемом случае страховая организация должна иметь лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни. С видом страхования: медицинское страхование. Эту информацию мы проверяем в Едином

государственном реестре субъектов страхового дела, который размещается на сайте Банка России в сети Internet (<http://www.cbr.ru>).

Если у страховой организации отсутствует необходимая лицензия или в нее не включен такой вид страхования как «медицинское страхование», правовые основания для заключения договора на оказание медицинской помощи в рамках ДМС, содержащего присущую данным правоотношениям специфику взаимодействия сторон, отсутствуют.

В таких случаях заключается договор на общих основаниях, не предусматривающий специфики ДМС.

В нашем учреждении, например, заключением договоров в рамках ДМС занимается отдел страховой медицины, а заключением договоров на общих основаниях с физическими лицами (долгосрочных договоров) и юридическими лицами занимается специалист по договорной работе планово-экономического отдела. А разовые договоры с физлицами оформляются непосредственно в кассе при оплате услуг.

Необходимо отметить, что в контексте рассматриваемой темы, медицинским организациям при заключении договора на оказание медицинских услуг в рамках ДМС, включающего в себя специфику взаимодействия сторон, обусловленную особенностями системы ДМС, следует помнить о принципе системного толкования судами условий договора при рассмотрении спора вытекающего из такого договора.

Медицинским организациям следует помнить о принципе свободы договора, ведь в силу части 4 ст. 421 ГК РФ, условия договора определяются по усмотрению сторон, кроме случаев, когда содержание соответствующего условия предписано законом или иными правовыми актами.

То есть, какие условия примите и подпишите, такие и будете обязаны исполнять.

На этапе заключения договора при работе с контрагентом, нам в помощь статья 422 ГК РФ, согласно части 1 которой, договор должен соответствовать обязательным для сторон правилам, установленным законом и иными правовыми актами (императивным нормам), действующим в момент его заключения.

И дополнительным аргументом приводим Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25 декабря 2018 г. № 49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» [5], согласно которому Толкование условий договора осуществляется с учетом цели договора и существа законодательного регулирования соответствующего вида обязательств. (п.43)

Какие проблемы могут возникнуть при согласовании сторонами проекта до-

говора на оказание медицинской помощи в рамках ДМС, это:

- Формулировка предмета договора
- Определение обязательств сторон
- Установление условий исполнения договора, которые должны соответствовать цели договора и существу законодательного регулирования соответствующего вида обязательств

Итак, формулируем предмет договора. Согласно ч.1 ст. 779 ГК РФ предметом договора является возмездное оказание услуг.

Каких именно услуг? Оказание платных медицинских услуг (ст.84 ФЗ№ 323-ФЗ)

Согласно п.2 Правил, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации № 736 от 11 мая 2023 г. «платные медицинские услуги» – это медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования

Согласно п.3 Правил этого же Постановления платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке

Согласно частям 3 и 4 ст. 84 ФЗ № 323-ФЗ при оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Услуги оказываются по заданию заказчика (ч.1 ст. 779 ГК РФ). Согласно п.3 Правил (Постановление Правительства РФ N 736 от 11 мая 2023 года) «заказчик» – это физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя; «потребитель» – это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Из этого вытекает предлагаемая формулировка предмета договора.

Оказание Исполнителем платных медицинских услуг согласно перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, включенных в лицензию на осуществление

медицинской деятельности (Приложение № 1), в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» потребителям, застрахованным у заказчика в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС).

Таким образом, исполнитель обязуется оказать медицинские услуги

Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Условия оказания медицинских услуг установлены законом.

Медицинская помощь организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;
- 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;
- 3) на основе клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи.

(ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ)

То есть, в любом случае, непосредственно врачебный прием, назначение обследования и рекомендации по лечению выполняются врачом согласно стандартам и клиническим рекомендациям. Никакие программы ДМС здесь не учитываются. Врач ОБЯЗАН выполнять стандарт/ клинические рекомендации. А страховая организация и застрахованный будут самостоятельно принимать решение за счет каких средств ими будет организовано оказание необходимых пациенту медицинских услуг, ко-

Вопросы правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг ...
торые назначил врач на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Ведь, в силу закона платные медицинские услуги могут оказываться либо в полном объеме стандарта, либо по просьбе заказчика в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. (ч.4 ст.84 ФЗ № 323-ФЗ)

Таким образом, в договор целесообразно включать условия о том, что медицинские услуги оказываются потребителю в объеме указанном заказчиком в гарантийном письме (это вариант отдельных консультаций или медицинских вмешательств), либо, при отсутствии гарантийного письма (для застрахованных, включенных заказчиком в списки), в объеме клинических рекомендаций с учетом стандарта оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии. (Это вариант в полном объеме стандарта).

Медицинские услуги в объеме, превышающем объем клинических рекомендаций и (или) стандарта оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии, оказываются Потребителю только на основании гарантийного письма Заказчика.

Мы видим, что закон не предусматривает вариантов организации и оказания

медицинской помощи по неким программам ДМС.

Поэтому, с учетом специфики рассматриваемых правоотношений, считаем целесообразным внесение в договор условий о недопущении перекалывания страховой организацией на медицинскую организацию функций страховой организации.

Например, нами указано в договоре, что:

- заказчик самостоятельно собственными силами и средствами организует и выполняет работу;
- по получению потребителями согласованных заказчиком / гарантийных писем заказчика (при необходимости) для возможности обращения потребителя к исполнителю для получения медицинских услуг;
- по включению/исключению конкретных медицинских услуг в Программу ДМС конкретного потребителя и доведению данной информации до потребителя самостоятельно, без привлечения исполнителя;
- по ведению учета медицинских услуг, получаемых потребителем по полису ДМС, на предмет их соответствия полису и Программе ДМС конкретного потребителя, без привлечения исполнителя (здесь речь о так называемых списных полисах);
- по взаимодействию и информированию потребителей об условиях настоящего договора и порядке обращения потребителей к исполнителю для получения медицинских услуг.

Это функции страховой организации при взаимодействии с застрахованным. Это между ними заключен договор страхования с условиями и ограничениями, в том числе, в виде программы ДМС. Это правоотношения Страховщика и Страхователя (Застрахованного).

Кроме того, здесь следует учесть, что стоимость медицинских услуг для всех одинаковая, поэтому даже из экономической целесообразности следует понимать, что дополнительная работа должна дополнительно оплачиваться. То есть, это немедицинские услуги, которые также подлежат оплате. Однако, страховые организации, перекладывая указанный объем работы на медицинскую организацию, за нее не платят. Соответственно и выполнять ее медицинская организация не обязана.

С учетом специфики рассматриваемых правоотношений (ранее сложившихся, а ныне относящихся к обычаям*), нами по собственной инициативе включены в договор условия о контроле.

Статья 5 ГК РФ - Обычаи

1. Обычаем признается сложившееся и широко применяемое в какой-либо области предпринимательской или иной деятельности, не предусмотренное законодательством правило поведения, независимо от того, зафиксировано ли оно в каком-либо документе.

2. Обычаи, противоречащие обязательным для участников соответствующего отношения положениям законодательства или договору, не применяются.

Договор содержит условие о том, что:

Заказчиком осуществляется контроль в порядке, установленном настоящим договором, согласно прилагаемому Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию (Приложение № 8). Данный порядок составлен по аналогии с контролем в ОМС.

Контроль осуществляется уполномоченными лицами заказчика – специалистами, экспертами (Приложение № 8) путем проведения плановых проверок, с предварительным уведомлением исполнителя не менее чем за 30 календарных дней до планируемого срока проверки. Конкретная дата проведения проверки согласовывается Сторонами. Плановые проверки осуществляются не чаще одного раза в течение одного года, в объеме не более пятидесяти карт за период не более одного года от планируемой даты проверки, в течение не более трех рабочих дней. В случае поступления обоснованной жалобы потребителя, заказчик имеет право осуществлять внеплановые проверки (по жалобам потребителей), которые проводятся в отношении конкретного потребителя в объеме документации, относящейся к данному потребителю. О проведении внеплановой проверки заказчик обязан уведо-

Вопросы правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг ...
Исполнителя не позднее, чем за пять рабочих дней.

Результаты проверок, оформленные актами согласно Порядку (Приложение № 8), доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя в срок не позднее пяти рабочих с момента окончания проверки.

При этом следует понимать, что в действующем законодательстве отсутствуют правовые нормы, устанавливающие необходимость включения в договор об оказании платных медицинских услуг условий о порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию и обязывающие медицинскую организацию вести работу по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ДМС. То есть, данное условие (о ведении контроля) не является **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ**.

Таким образом, нами самостоятельно предусмотрен в проекте договора единый Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию, который устанавливается для всех страховых организаций на одинаковых условиях. Поэтому, указанный Порядок либо применяется сторонами на определенных проектом договора усло-

виях, либо исключается из проекта договора в полном объеме вместе с разделом 5 проекта договора.

Также целесообразно включать условие о получении заказчиком согласия пациента на передачу исполнителем информации заказчику, поскольку заказчик заключает данный договор в интересах потребителей, то и порядок для получения потребителем услуг устанавливает он. У исполнителя отсутствует обязанность требовать от потребителя такое согласие. Здесь следует помнить положения статьи 13 323-го федерального закона о врачебной тайне.

Поэтому заказчик самостоятельно обеспечивает дачу потребителем письменного согласия на передачу информации о его здоровье заказчику. При отсутствии такого согласия потребителя обмен информацией, относящейся к врачебной тайне, не допускается. Соответственно, при отсутствии такого согласия потребителя, автоматически не применяется раздел 5 и приложение № 8 договора.

Как уже было сказано, в действующем законодательстве отсутствуют правовые нормы о страховой программе в рамках ДМС, а также отсутствуют нормы, обязывающие медицинскую организацию включать в договор условия о программе ДМС и вести работу с программой ДМС. Соответственно, включение в договор условия о программе ДМС нецелесообразно. В наших договорах его нет.

Кроме того, для бюджетных учреждений здравоохранения в помощь дополнительный

Вопросы правового регулирования взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг ...
аргумент из Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (часть 4 статьи 9.2.)

Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, в сферах, указанных в пункте 1 настоящей статьи, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Из всего вышесказанного следует, что Договор оказания медицинских услуг с одинаковыми для всех заказчиков условиями, регулирующими взаимодействие сторон, в том числе, в рамках ДМС разрабатывает медицинская организация, поскольку такой договор является публичным в силу закона. (Статья 426 ГК РФ - Публичный договор)

1. Публичным договором признается договор, заключенный лицом, осуществляющим предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, и уста-

навливающий его обязанности по продаже товаров, выполнению работ либо оказанию услуг, которые такое лицо по характеру своей деятельности должно осуществлять в отношении каждого, кто к нему обратится (розничная торговля, перевозка транспортом общего пользования, услуги связи, энергоснабжение, медицинское, гостиничное обслуживание и т.п.).

Лицо, осуществляющее предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим лицом в отношении заключения публичного договора, за исключением случаев, предусмотренных законом или иными правовыми актами.

2. В публичном договоре цена товаров, работ или услуг должна быть одинаковой для потребителей соответствующей категории. Иные условия публичного договора не могут устанавливаться исходя из преимуществ отдельных потребителей или оказания им предпочтения, за исключением случаев, если законом или иными правовыми актами допускается предоставление льгот отдельным категориям потребителей.

3. Отказ лица, осуществляющего предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, от заключения публичного договора при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие товары, услуги, выполнить для него соответствующие работы не допускается, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 статьи 786 настоящего Кодекса.

При необоснованном уклонении лица, осуществляющего предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, от заключения публичного договора применяются положения, предусмотренные пунктом 4 статьи 445 настоящего Кодекса.

4. В случаях, предусмотренных законом, Правительство Российской Федерации, а также уполномоченные Правительством Российской Федерации федеральные органы исполнительной власти могут издавать правила, обязательные для сторон при заключении и исполнении публичных договоров*** (типовые договоры, положения и т.п.).

5. Условия публичного договора, не соответствующие требованиям, установленным пунктами 2 и 4 настоящей статьи, ничтожны. (В рассматриваемом случае речь идет о Постановлении № 1006).

Заключение

Соответственно, инструменты для решения вопросов по регулированию взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг в рамках ДМС находятся непосредственно в руках медицинских организаций. Всего лишь необходимо их применять.

Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994

№ 51-ФЗ (ред. от 29.12.2022) (с изм. и доп. от 06.08.2021) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «Консультант плюс».

2. Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 N 4015-1 (с изм. и доп. от 4 августа 2023 г. № 442-ФЗ) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «Консультант плюс».
3. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ (с изм. и доп. от 19.12.2022 № 519-ФЗ) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «Консультант плюс».
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «Консультант плюс».
5. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25 декабря 2018 г. № 49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «Консультант плюс».
6. Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

[Электронный ресурс] // Справочная

правовая система «Консультант

плюс».

ВОЗ-ЭДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

ВОЗ-ЭДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ