



2022

# Отчет

о результатах параллельного  
экспертно-аналитического  
мероприятия «Анализ системы  
защиты прав застрахованных лиц  
в сфере обязательного медицинского  
страхования» (с контрольно-  
счетными органами субъектов  
Российской Федерации (выборочно))

Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 14 декабря 2021 года



## Ключевые итоги экспертно-аналитического мероприятия

### Основная цель (основные цели) мероприятия

Проанализировать инструменты реализации мер по формированию системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС) и оценить результаты мер по защите прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

### Ключевые результаты мероприятия

Система защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС, установление которой в соответствии с законодательством возложено на Российскую Федерацию, находится в процессе формирования. В российском законодательстве отсутствует определение понятия «система защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС».

Защита прав застрахованных лиц в настоящее время осуществляется через разрозненные элементы, механизмы и инструменты, установленные различными законодательными и нормативными правовыми актами межотраслевого характера и имеющими слабую взаимосвязь. Действующим законодательством система защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС представлена в виде отдельных полномочий, возложенных на территориальные фонды ОМС (далее – ТФОМС), медицинские организации, страховые медицинские организации, а также в виде института страховых представителей.

Вместе с тем в ходе экспертно-аналитического мероприятия было установлено, что действующие механизмы защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС недостаточно эффективны.

Отдельные права застрахованных лиц, такие как право на выбор врача, получение от Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд, ФОМС) и ТФОМС информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, а также на защиту прав и законных интересов в сфере ОМС, в связи с отсутствием или несовершенством нормативно-правового регулирования реализуются не в полной мере.

Установленный в настоящее время порядок выдачи полиса ОМС таким категориям застрахованных лиц, как иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» предусматривает, что указанным лицам полис выдается только в бумажном виде со сроком действия до конца календарного года, но не более срока

пребывания в Российской Федерации., тогда как гражданам Российской Федерации бессрочный полис выдается как бумажный, так и электронный. Вместе с тем на законодательном уровне закреплено, что данная категория лиц пользуется правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Образец заявления на выбор (замену) страховой медицинской организацией (далее – СМО) не актуализирован в соответствии с Правилами ОМС<sup>1</sup>, не в полной мере обеспечивает сбор необходимой информации от застрахованного лица.

Анализ результатов досудебной и судебной защиты свидетельствует как о наличии случаев невосстановления права граждан, так и о низкой информированности граждан о своих правах.

Несмотря на то, что ТФОМС наделены публичными полномочиями по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, в 2019–2020 годах они не обращались с исками в интересах застрахованных лиц. В то же время суды в ряде случаев отказывают в принятии исковых заявлений в интересах застрахованных лиц от СМО ввиду отсутствия у СМО нормативно закрепленных соответствующих полномочий. Таким образом, бремя защиты своих прав в судебном порядке практически полностью ложится на застрахованное лицо.

Налоговым законодательством не предусмотрено освобождение физических лиц и ТФОМС от уплаты государственной пошлины по искам в защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС.

Механизм контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи не предусматривает применение риск-ориентированного подхода при отборе случаев для проведения медико-экономической экспертизы (далее – МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП), что не способствует профилактике нарушений при оказании медицинской помощи.

Реализация информационного сопровождения застрахованных лиц с применением информационных систем не охватывает все этапы оказания медпомощи, а также отмечается фрагментарностью охвата разных видов медицинской помощи и категорий застрахованных лиц.

В 41 субъекте Российской Федерации отсутствует возможность реализации механизмов по защите прав застрахованных лиц посредством информационных систем ТФОМС. В отдельных регионах в связи с недостатками реализации информационного сопровождения функции ТФОМС фактически выполняет СМО.

---

1. Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н.

## Наиболее значимые предложения (рекомендации)

В целях формирования системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС необходимо:

- подготовить изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части определения понятия системы защиты прав застрахованных лиц;
- установить полномочия Федерального фонда ОМС по обеспечению прав застрахованных лиц, предоставлению застрахованному лицу достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в части медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;
- наделить СМО правом по сопровождению, оказанию юридической, информационной и другой помощи при защите застрахованными лицами своих прав в сфере ОМС в судебном порядке в случае их обращения в СМО;
- подготовить изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации в части освобождения ТФОМС, а также застрахованных лиц от уплаты государственной пошлины по делам, связанным с оказанием помощи по ОМС;
- внести изменения в Правила ОМС в целях совершенствования информационного сопровождения застрахованных лиц;
- установить критерии и порядок их применения при отборе случаев для проведения МЭЭ и ЭКМП с учетом риск-ориентированного подхода.

Полный текст предложений (рекомендаций) приводится в соответствующем разделе отчета.

# 1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

Пункт 3.21.0.6 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2021 год.

## 2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

Деятельность Федерального фонда ОМС, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и иных организаций по защите прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

## 3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

**3.1. Цель 1.** Проанализировать инструменты реализации мер по формированию системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

**3.2. Цель 2.** Оценить результаты мер по защите прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

### Критерии аудита

- 1) Степень охвата прав застрахованных лиц институциональными инструментами реализации мер и регулирования.
- 2) Степень согласованности элементов защиты прав застрахованных лиц в ОМС.
- 3) Уровень сбалансированности стимулов субъектов реализации мер по защите прав застрахованных лиц.
- 4) Степень охвата застрахованных лиц информационным сопровождением на всех этапах оказания медицинской помощи.
- 5) Достижение результатов информационного сопровождения застрахованных лиц.
- 6) Достижение результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.
- 7) Достижение результатов досудебной и судебной защиты прав застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию (динамика показателя досудебного решения вопросов нарушения прав застрахованных лиц по отношению к судебным делам. Показатели участия страховых медицинских организаций и ТФОМС на всех этапах рассмотрения случаев нарушения прав застрахованных лиц по ОМС. Доля повторных обращений застрахованных лиц в сфере ОМС).
- 8) Оценка роли системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС в повышении доступности (сроков ожидания) и качества медицинской помощи.

## 4. Объект (объекты) экспертно-аналитического мероприятия

Федеральный фонд ОМС (г. Москва) (по запросу).

## 5. Исследуемый период

2019–2020 годы.

## 6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

С 1 февраля по 30 декабря 2021 года.

## 7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия

В Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений<sup>2</sup>.

Осуществление ОМС в Российской Федерации – один из механизмов обеспечения гарантии конституционных прав в сфере здравоохранения.

ОМС – это 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 счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Федеральным законом № 326-ФЗ<sup>3</sup> случаях в пределах базовой программы ОМС<sup>4</sup>.

Одним из элементов данной системы государственных мер является система защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС (далее – застрахованные лица), установление которой возложено на Российскую Федерацию<sup>5</sup>.

Под термином «система» понимается множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом, которые образуют определенную целостность,

---

2. Статья 41 Конституции Российской Федерации.

3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

4. Пункт 1 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ.

5. Часть 10 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ.

единство<sup>6</sup>. Таким образом, система защиты прав застрахованных лиц – это система законодательного регулирования прав (законных интересов) застрахованных лиц, элементов реализации прав, функций участников, субъектов ОМС, мер обеспечения и контроля их исполнения, связанных единым процессным управлением.

Вместе с тем российское законодательство не оперирует понятием «система защиты прав застрахованных лиц».

Введение понятия «система защиты прав застрахованных лиц» в законодательство позволит усовершенствовать реализацию прав в сфере охраны здоровья на получение бесплатной медицинской помощи, гарантированных Конституцией Российской Федерации.

Анализ сложившейся модели защиты прав застрахованных лиц, а также международный опыт построения системы защиты прав застрахованных лиц в системе социального медицинского страхования описаны в приложениях № 1 и № 1.1 к отчету.

Согласно Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года<sup>7</sup> одним из приоритетных направлений решения основных задач развития здравоохранения в Российской Федерации является формирование системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС, включая развитие института страховых представителей, открытие офисов СМО по защите прав застрахованных лиц, в том числе в целях досудебного урегулирования споров, связанных с оказанием медицинской помощи, а также информирование населения о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации<sup>8</sup>.

В структуру национального проекта «Здравоохранение»<sup>9</sup> входит федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», содержащий задачу по формированию системы защиты прав пациентов оказания первичной медико-санитарной помощи к 2024 году. В том числе предусматривается, что в 2021–2024 годах СМО в соответствии с изменениями законодательства Российской Федерации для обеспечения защиты прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, должны обеспечить наличие в каждом субъекте Российской Федерации своего представителя, которым является обособленное подразделение СМО в субъекте Российской Федерации или другая уполномоченная СМО на территории данного субъекта Российской Федерации<sup>10</sup>. В настоящее время ФОМС совместно с Минздравом России ведется работа над указанным законопроектом.

---

6. Большой Российский энциклопедический словарь. М.: БРЭ. 2003, с. 1437.

7. Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 года № 254 (далее – Стратегия развития здравоохранения).

8. Подпункт 32 пункта 27 раздела IV Стратегии.

9. Утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16).

10. По каждой страховой организации количество субъектов Российской Федерации, на территории которых действуют их представители, должно составлять не менее 48 единиц в 2021 году, 60 – в 2022 году, 73 – в 2023 году, 85 – в 2024 году.

Для анализа системы защиты прав застрахованных лиц были использованы методы статистического анализа (группировка материалов статистического наблюдения), сравнения и аналогии, контент-анализа законодательных и нормативных правовых актов, логико-предметного анализа. Сбор фактических данных и информации был произведен путем направления запросов, использования электронных документов.

## 7.1. Анализ инструментов реализации мер по формированию системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС

### 7.1.1. Анализ охвата прав застрахованных лиц в сфере ОМС инструментами реализации мер по защите прав застрахованных лиц

Одним из основных принципов осуществления ОМС является обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС<sup>11</sup>, которыми устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи<sup>12</sup>.

Таким образом, основополагающим правом застрахованных лиц является<sup>13</sup> бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая<sup>14</sup> на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

Вопросы оказания медицинской помощи в рамках ОМС являются межотраслевыми, в связи с чем и регулирование прав застрахованных лиц осуществляется значительным массивом законодательных и нормативных правовых актов.

Частью 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ установлены права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи; выбор медицинской организации, СМО (замены СМО), врача; получение достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи; защиту персональных данных; возмещение ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением медицинской организацией и СМО своих обязанностей; защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>15</sup> установлены права человека и гражданина, отдельных групп населения

---

11. Пункт 1 статьи 4 Федерального закона № 326-ФЗ.

12. Пункты 2 и 3 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

13. Пункт 1 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

14. Согласно части 4 статьи 3 Федерального закона страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

15. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ, Закон об основах охраны здоровья).

в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; права и обязанности медицинских организаций, иных организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

Учитывая, что ОМС – часть государственной системы социальной защиты населения, отдельные права застрахованных лиц также установлены Федеральным законом «Об основах обязательного социального страхования»<sup>16</sup>.

Сравнение установленных указанными федеральными законами прав застрахованных лиц приведено в приложении № 2 к отчету.

Нормы Закона об основах охраны здоровья и Федерального закона № 326-ФЗ в части регулирования прав граждан коррелируют между собой, тогда как отдельные права застрахованных лиц согласно Закону о социальном страховании не учитываются законодательством в сфере ОМС.

Так, согласно Федеральному закону № 165-ФЗ застрахованные лица имеют право на участие через своего представителя или профсоюз в управлении обязательным социальным страхованием<sup>17</sup> и на внесение предложений через своего представителя или профсоюз о тарифах страховых взносов страховщикам и в Правительство Российской Федерации<sup>18</sup>.

Данное право в настоящее время недостаточно реализовано для застрахованных лиц в системе ОМС несмотря на принцип паритетности представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС, установленный статьей 4 Федерального закона № 326-ФЗ.

Документом, определяющим единые права застрахованных лиц на бесплатное оказание за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи<sup>19</sup>, является базовая программа ОМС являющаяся составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи<sup>20</sup>.

На территории конкретного субъекта Российской Федерации права застрахованных лиц определяются территориальной программой ОМС<sup>21</sup>, утверждаемой в установленном региональным законодательством порядке<sup>22</sup> (далее – ТПОМС).

ТПОМС может содержать перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС<sup>23</sup>, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетов субъектов

- 
16. Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (далее – Федеральный закон № 165-ФЗ, Закон о социальном страховании).
  17. Пункт 3 части 1 статьи 10 Федерального закона № 165-ФЗ.
  18. Пункт 5 части 1 статьи 10 Федерального закона № 165-ФЗ.
  19. Пункт 5 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.
  20. Пункт 8 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ.
  21. Пункт 9 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ.
  22. Часть 9 статьи 35, часть 1 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ.
  23. Часть 3 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ.

Российской Федерации<sup>24</sup>. Таким образом, законодатель дает возможность улучшения положения застрахованных лиц в зависимости от финансовой обеспеченности субъекта Российской Федерации.

Право на выбор СМО путем подачи заявления<sup>25</sup> в порядке, установленном Правилами обязательного медицинского страхования<sup>26</sup>, замену СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС в порядке, установленном Правилами ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную СМО<sup>27</sup>.

В 23 субъектах Российской Федерации<sup>28</sup> и г. Байконуре деятельность осуществляет только одна СМО<sup>29</sup>. Фактически в данных субъектах Российской Федерации право на страхование застрахованными лицами реализовано. При этом не соблюдается норма закона на выбор СМО, которая предполагает создание условий реальной конкуренции между СМО за застрахованное лицо. Сведения о количестве СМО и их филиалов в 2019, 2020 годах представлены в приложении № 3.

Образец заявления о выборе (замене) СМО (далее – образец заявления) доведен до сведения ТФОМС, СМО, медицинских организаций в 2011 году письмом ФОМС в составе Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования<sup>30</sup>.

Образец заявления был скорректирован ФОМС в 2017 году<sup>31</sup> в связи с внесением Минздравом России<sup>32</sup> изменений в Правила обязательного медицинского страхования<sup>33</sup> и по настоящее время не актуализировался. Вместе с тем в 2019 году приказом Минздрава России были утверждены новые ОМС.

Образец заявления не содержит графу о предусмотренном Правилами ОМС<sup>34</sup> согласии на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи<sup>35</sup>.

---

24. Часть 4 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ.

25. Пункт 2 части 1 Федерального закона № 326-ФЗ.

26. Утверждены приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 № 108н (далее – Правила ОМС).

27. Пункт 3 части 1 Федерального закона № 326-ФЗ.

28. Республики Адыгея, Алтай, Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Марий Эл, Северная Осетия – Алания, Тыва, Чеченская, Карачаево-Черкесская; Приморский, Хабаровский, Камчатский, Забайкальский края; Амурская, Вологодская, Ивановская, Псковская, Сахалинская, Тамбовская, Астраханская области; Ненецкий, Чукотский автономные округа.

29. Данные Реестра СМО: <https://www.ffoms.gov.ru/documents/registry/СМО/> (дата обращения 07.09.2021).

30. Приложение № 1 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, направленное письмом ФОМС от 30 декабря 2011 г. № 9161/30-1/и.

31. Письмом ФОМС от 19 января 2017 г. № 454/30-3/и доведена новая редакция образца заявления.

32. Приказ Минздрава России от 27 октября 2016 г. № 803н «О внесении изменений в Правила ОМС».

33. Утверждены приказом Минздрава России от 28 февраля 2011 г. № 158н.

34. Подпункт 7 пункта 6 Правил ОМС.

35. Для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона № 323-ФЗ, и граждан, признанных недееспособными, – о согласии законного представителя застрахованного лица, а также о согласии представителя застрахованного лица в случае подачи им заявления.

Кроме того, в части контактной информации застрахованного лица в образце заявления подлежит заполнению только информация о номере домашнего и служебного телефонов, указание номера мобильного телефона не предусмотрено.

По информации СМО, полученной в ходе проведения экспертно-аналитического мероприятия, выбор способа индивидуального информирования застрахованных лиц зависит от наличия у СМО актуальных контактных данных.

Согласно пункту 60 Правил ОМС застрахованные лица обязаны уведомить СМО об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

Обязанность застрахованного лица уведомлять СМО об изменении номера домашнего, служебного или мобильного телефонов не установлена.

Правовая возможность актуализации СМО контактных данных застрахованных лиц отсутствует.

Вместе с тем актуальные контактные данные застрахованного лица необходимы СМО для осуществления индивидуального информирования застрахованного лица на всех этапах оказания ему медицинской помощи, а также проактивного формата работы с застрахованными лицами.

При этом, как показал анализ данных, полученных в ходе экспертно-аналитического мероприятия, индивидуальное информирование застрахованных лиц СМО в большинстве случаев осуществляется посредством мобильной связи. Так, в 2019 году на долю СМС-сообщений приходится 40 % проинформированных респондентов, в 2020 году – 41,8 %.

Образец заявления не содержит поле выбора способа информирования застрахованного лица о факте страхования и необходимости получения полиса, наличие которого может способствовать персонифицированному подходу при защите прав застрахованных лиц.

Также целесообразно образец заявления дополнить графой о предпочтительном способе информирования застрахованного лица.

Кроме того, образец заявления содержит графу об ознакомлении с «условиями ОМС», в которой проставляется подпись застрахованного лица (его представителя).

Вместе с тем законодательством в сфере ОМС такое понятие, как «условия ОМС», не установлено.

В день подачи заявления о выборе (замене) СМО допускается выдача временного свидетельства<sup>36</sup>, которое действительно до момента получения полиса, но не более 45 рабочих дней с даты его выдачи<sup>37</sup>.

Анализ судебной практики показал, что задержки в выдаче полисов ОМС связаны с нарушением со стороны как ТФОМС, так и СМО сроков обработки сведений о новых застрахованных лицах и об изменении данных о ранее застрахованных лицах

---

36. Пункт 44 Правил ОМС.

37. Пункт 48 Правил ОМС.

с применением форматно-логического контроля таких сведений, а также формирования и отправки ТФОМС в СМО протоколов обработки сведений, полученных от СМО<sup>38</sup>.

Вместе с тем законодательными и нормативными правовыми актами до вступления в силу Федерального закона от 6 декабря 2021 г. № 405-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и статью 132 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» не предусмотрена возможность реализации застрахованным лицом своих прав на получение медицинской помощи по ОМС после окончания срока действия временного свидетельства и до выдачи полиса ОМС.

Факт страхования устанавливается только после получения ТФОМС изготовленного полиса. При этом способ направления застрахованному лицу (его представителю) информации о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС<sup>39</sup>, предусматривающий подтверждение получения застрахованным лицом (его представителем) такой информации, Правилами ОМС не определен.

К застрахованным лицам отнесены в том числе постоянно или временно проживающие в Российской Федерации 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 135 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон «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. № 4528-1 «О беженцах»<sup>40</sup>.

Согласно пункту 4 Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации<sup>41</sup> иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках ОМС. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, на основании части 3 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Однако согласно Правилам ОМС иностранным гражданам, лицам без гражданства, лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», полис выдается только в бумажном виде<sup>42</sup> со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания

- 
38. Решение Арбитражного суда Алтайского края от 14 января 2020 года по делу № А03-10376/2019; постановление Пятого арбитражного апелляционного суда от 31 марта 2021 г. № 05АП-1439/2021 по делу № А51-10460/2020.
39. Подпункт 1 пункта 58 Правил ОМС.
40. Часть 1 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ.
41. Утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. № 186.
42. Пункты 38, 39, 40 Правил ОМС.

в Российской Федерации<sup>43</sup>, тогда как гражданам Российской Федерации полис выдается бессрочный как бумажный, так и электронный<sup>44</sup>.

Кроме того, Правилами ОМС для временно пребывающих на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 года, установлены особые условия подачи заявления на выбор (замену) СМО в письменной форме и только непосредственно в СМО<sup>45</sup>.

В целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах Федеральный фонд осуществляет информационное взаимодействие с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, ТФОМС и иными организациями в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ<sup>46</sup>.

В рамках информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах МВД России ежеквартально не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает в Федеральный фонд сведения о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено; об иностранных гражданах, о лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным законом «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»; об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным законом «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»; о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»<sup>47</sup>. В перечисленных случаях полис признается недействительным<sup>48</sup>.

Таким образом, ежегодное изготовление за счет средств ФОМС новых бумажных полисов для данных застрахованных лиц представляется излишним<sup>49</sup>.

7.1.1.1. Право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья<sup>50</sup>

---

43. Подпункт 3 пункта 14 Правил ОМС.

44. Пункт 37 Правил ОМС.

45. Пункт 18 Правил ОМС.

46. Часть 1 статьи 49 Федерального закона № 326-ФЗ.

47. Часть 6 статьи 49 Федерального закона № 326-ФЗ.

48. Часть 2 статьи 491 Федерального закона № 326-ФЗ. В соответствии с пунктом 80 Правил ОМС ТФОМС обеспечивает отражение сведений, указанных в пункте 79 Правил ОМС, в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета и признает полис недействительным со дня поступления данных сведений.

49. В 2020 году изготовлено 6 878 440 шт. полисов ОМС, из них бумажных – 3 971 157 шт. Израсходовано 866,8 млн рублей, из них на бумажные – 189,2 млн рублей.

50. Пункт 4 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

Реализация права на выбор медицинской организации из участвующих в реализации программ ОМС осуществляется в соответствии с Законом об основах охраны здоровья.

Застрахованное лицо вправе выбрать медицинскую организацию для оказания медицинской помощи как в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованное лицо проживает<sup>51</sup>, так и за пределами региона<sup>52</sup>.

Нормативными правовыми актами установлены особенности выбора медицинских организаций для отдельных категорий граждан, обусловленные статусом таких лиц (заклученные, военнослужащие, работники определенных организаций) и местом их проживания.

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин не чаще чем один раз в год выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу<sup>53</sup>, который направлен на приближение медицинской помощи к месту жительства, работы или обучения граждан<sup>54</sup>.

При реализации застрахованного лица своего права на прикрепление к медицинской организации за пределами территории страхования, распределение субвенций из бюджета ФОМС, направляемых в бюджеты ТФОМС на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура, возникающих при осуществлении переданных в сфере ОМС полномочий, будет произведено по территории страхования, а не территории прикрепления. Таким образом, субъект Российской Федерации, принявший застрахованное лицо из другого региона, не получит средства на оплату подушевого норматива для медицинской организации, которую выбрало застрахованное лицо, а субъект Российской Федерации, получивший средства субвенции на данное застрахованное лицо, не сможет их распределить по медицинским организациям.

В настоящее время Минздравом России и ФФОМС ведется работа над проектом закона, предусматривающего дополнение Федерального закона № 326-ФЗ положениями о том, что СМО для обеспечения защиты прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, должны иметь в каждом субъекте Российской Федерации своего представителя.

Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется исключительно по направлению лечащего врача. Несмотря на обязанность информирования гражданина о медицинских организациях, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков

- 
51. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
  52. Часть 6 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ; приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».
  53. Часть 2 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ.
  54. Часть 2 статьи 33 Федерального закона № 323-ФЗ.

ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС<sup>55</sup>, создаются риски по ограничению права застрахованного лица на выбор медицинской организации в случае использования административных механизмов по маршрутизации пациентов.

Осознанный выбор (замену) СМО и медицинской организации возможен только при высокой степени информированности граждан о СМО и медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Обязанность по информированию застрахованных лиц в разной степени возложена на всех участников ОМС, ФОМС, а также региональные органы исполнительной власти.

ТФОМС размещают на своем сайте реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по ТПОМС, а Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в соответствии с Правилами ОМС<sup>56</sup>. При этом в 2019, 2020 годах фиксировались случаи несоответствия размещаемых реестров Правилам ОМС как со стороны ТФОМС, так и ФОМС.

СМО на своих официальных сайтах и в СМИ размещают информацию о своей деятельности<sup>57</sup> и медицинских организациях, участвующих в ОМС<sup>58</sup>, в том числе информацию о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

Анализ наполняемости официальных сайтов СМО указанными данными показал<sup>59</sup>, что информация размещается СМО в различном объеме, что не обеспечивает равный доступ к информации, необходимой для реализации застрахованными лицами своих

---

55. Пункт 14 Порядка выбора гражданином медицинской организации.

56. Разделы VI, VII Правил ОМС.

57. Согласно пункту 223 Правил ОМС СМО размещает информацию о деятельности в сфере ОМС; о руководителях, об акционерах (участниках, членах); о финансовых результатах деятельности; об опыте работы; о количестве застрахованных лиц всего, в том числе в субъектах Российской Федерации на начало текущего года; о порядке получения полиса, в том числе: форму заявления о выборе (замене) СМО, форму заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса; адреса и режим работы пунктов выдачи полисов; способы подачи заявления; адреса официальных сайтов СМО, участвующих в сфере ОМС субъекта Российской Федерации; номера телефонов и адреса электронной почты справочной службы СМО, участвующей в сфере ОМС субъекта Российской Федерации; перечень документов, необходимых для получения полиса; порядок обжалования решений, действий или бездействия работников при выдаче полисов; номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц СМО, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации и территориального фонда.

58. Согласно пункту 223 Правил ОМС СМО размещает информацию: о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации; о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи; о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи; нарушениях в медицинских организациях при оказании медицинской помощи, в том числе: прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача; организации работы медицинской организации; этики и деонтологии; качества медицинской помощи; лекарственного обеспечения; в части взимания с застрахованных лиц платы за медицинскую помощь, включенную в программу ОМС; отказ в оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

59. Например, ООО «СМО «Чулпан-мед», ООО «СК «АК БАРС-Мед»; на сайте ООО «СМО Спасение» в разделе «Контроль качества» представлена обобщенная информация о выявленных СМО нарушениях, не позволяющих произвести оценку качества оказания медицинской помощи в конкретной медицинской организации.

прав в системе ОМС, и свидетельствует об отсутствии единообразного правоприменения СМО положений пунктов 71 и 223 Правил ОМС.

Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья в соответствии с Правилами ОМС и Программой государственных гарантий на очередной финансовый год и плановый период размещают информацию на официальных сайтах о медицинских организациях, в которых можно пройти диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры. При этом в соответствии с Программой государственных гарантий на очередной финансовый год и плановый период<sup>60</sup> данная информация размещается в составе ТППГ и подлежит опубликованию на официальном сайте органа исполнительной власти.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия установлено, что в 28 регионах (в том числе в г. Байконуре) отдельно от ТППГ такая информация не размещается (подробно представлено в приложении № 5).

При этом СМО публикуют указанную информацию, размещенную органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

7.1.1.2. Выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья<sup>61</sup>

Как показал анализ, право на выбор врача не является абсолютным<sup>62</sup>.

Фактически право застрахованного лица на выбор конкретного врача может быть реализовано лишь после выбора медицинской организации не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) и только в отношении шести специальностей врачей: врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера<sup>63</sup>.

Кроме того, требуется согласие самого лечащего врача<sup>64</sup>, при этом порядок действий в случае отказа врача не урегулирован. Механизм защиты права застрахованного лица на выбор медицинской организации и врача не установлен.

---

60. Раздел VIII Требований к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

61. Часть 5 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

62. Согласно определению Конституционного Суда Российской Федерации от 25 октября 2016 г. № 2298-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Жильцова Бориса Григорьевича на нарушение его конституционных прав частями 1 и 2 статьи 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» возможность такого выбора может быть объективно ограничена в том числе в силу территориального местоположения, загруженности, назначения, отсутствия необходимых ресурсов и объемов целевого бюджетного финансирования соответствующего медицинского учреждения. Указанные обстоятельства, влияющие на качество и принципиальную возможность оказания гражданам надлежащей медицинской помощи, подлежат обязательному учету при разрешении вопроса о возможности выбора гражданином конкретного медицинского учреждения. В противном случае, в отсутствие у медицинского учреждения объективной возможности для обслуживания всех выбравших его лиц, возникала бы угроза оказания гражданам медицинских услуг ненадлежащего качества.

63. Статья 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

64. Часть 1 статьи 21, часть 1 статьи 70 Федерального закона № 323-ФЗ.

7.1.1.3. Получение от ФОМС, ТФОМС, СМО и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи<sup>65</sup>

Обязанность информирования застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи законодательно закреплена за СМО<sup>66</sup> и медицинскими организациями<sup>67</sup>.

При этом законодательными и нормативными правовыми актами Федеральный фонд, ТФОМС не наделены полномочием по предоставлению застрахованному лицу достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

7.1.1.4. Право на возмещение СМО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>68</sup> и Право на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>69</sup>

Возмещение ущерба, причиненного СМО и медицинской организацией, осуществляется в соответствии с общими нормами гражданского законодательства<sup>70</sup>.

В 2012 году Верховной Суд Российской Федерации (далее – Верховный Суд) установил, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей<sup>71</sup>. В связи с этим сложилась соответствующая судебная практика по взысканию потребительских штрафов с медицинских организаций в пользу застрахованных лиц. Кроме того, истцы по искам, связанным с нарушением прав потребителей, освобождаются от уплаты государственной пошлины<sup>72</sup>.

Однако в 2019 году Верховный Суд<sup>73</sup> изменил свою позицию в части применения законодательства о защите прав потребителей при рассмотрении дел по вопросу оказания медицинской помощи по ОМС.

Налоговое законодательство предусматривает освобождение от уплаты государственной пошлины только по искам о возмещении вреда, причиненного

- 
65. Пункт 6 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.
66. Часть 9 статьи 14, пункт 8 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ.
67. Пункты 6, 7 части 2 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ, подпункт 7 пункта 223, подпункт 4 пункта 231 Раздела XV Правил ОМС.
68. Пункт 8 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.
69. Пункт 9 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.
70. Глава 59 Гражданского кодекса Российской Федерации (часть вторая).
71. Пункт 9 постановления Пленума Верховного Суда от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».
72. Пункт 4 части 2 статьи 333.36 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).
73. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда от 15 июня 2019 г. № 44-КГ19-7.

увечьем или иным повреждением здоровья, а также смертью кормильца. Вместе с тем сфера защита прав застрахованных лиц гораздо шире.

Законодательство в сфере ОМС устанавливает дополнительные механизмы защиты указанных прав путем наделения ТФОМС полномочиями по предъявлению в интересах застрахованного лица к СМО и медицинской организации требований, связанных с защитой его прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке, и претензий и (или) исков к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу.

Несмотря на то, что ТФОМС наделены публичными полномочиями по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, они не освобождаются налоговым законодательством<sup>74</sup> от уплаты государственной пошлины, как, например, государственные органы, органы местного самоуправления<sup>75</sup> или прокуроры – по заявлениям в защиту прав, свобод и законных интересов граждан<sup>76</sup>, уполномоченный федеральный орган исполнительной власти по контролю (надзору) в области защиты прав потребителей, общественные объединения потребителей – по искам, предъявляемым в интересах потребителя<sup>77</sup>, и другие<sup>78</sup>.

#### 7.1.1.5. Право на защиту прав и законных интересов в сфере ОМС<sup>79</sup>

В Российской Федерации гарантируется государственная защита прав и свобод человека и гражданина. Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом<sup>80</sup>. Кроме того, каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод<sup>81</sup>.

Законодательство в сфере ОМС дополнительно гарантирует право застрахованных лиц на защиту прав и законных интересов в сфере ОМС<sup>82</sup>.

Если ТФОМС в силу гражданского процессуального законодательства<sup>83</sup> защищают в судебном порядке права застрахованных лиц, то вопрос со статусом СМО в ходе судебной защиты в интересах застрахованных лиц остается нерешенным. Законодательство в сфере ОМС не наделяет СМО правом по сопровождению, оказанию юридической, информационной и другой помощи при защите застрахованными лицами своих прав в сфере ОМС в судебном порядке в случае их обращения в СМО.

- 
74. Статья 333.36 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).
75. Подпункт 19 пункта 1 статьи 333.36 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).
76. Подпункт 9 пункта 1 статьи 333.36 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).
77. Подпункт 13 пункта 1 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).
78. Статья 333.36 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).
79. Пункт 10 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.
80. Статья 45 Конституции Российской Федерации.
81. Часть 1 статьи 46 Конституции Российской Федерации.
82. Часть 10 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.
83. Часть 1 статьи 46 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации.

Суды отказывают в принятии исковых заявлений СМО в защиту застрахованного лица по причине отсутствия в действующем законодательстве норм, предусматривающих данное право СМО<sup>84</sup>. Вместе с тем в СМО поступает в три раза больше жалоб застрахованных лиц, чем в ТФОМС<sup>85</sup>.

Одним из инструментов защиты прав застрахованных лиц является применение к медицинским организациям за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества штрафных санкций, размер которых устанавливается договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС<sup>87</sup>. Уменьшение размеров штрафов не предусмотрено ни одним из нормативных правовых актов в области ОМС.

Вместе с тем суды, рассматривая данную категорию споров, применяют общие нормы гражданского законодательства, уменьшая размеры штрафных санкций к медицинским организациям.

Также суды принимают решения в пользу медицинских организаций при оказании последними медицинской помощи непрофильными специалистами<sup>88</sup> или привлеченными по гражданско-правовому договору врачами по отсутствующему в лицензии у медицинской организации профилю, мотивируя это тем, что медицинская помощь оказана, и жалобы от застрахованных лиц отсутствуют.

Обеспечение прав граждан в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации относится к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации (далее – полномочие по защите)<sup>89</sup>, а непосредственная его реализация осуществляется через ТФОМС и СМО.

Если ТФОМС наделяется полномочиями по обеспечению прав граждан в сфере ОМС, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав<sup>90</sup> Федеральным законом № 326-ФЗ, то СМО осуществляют деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц на основании заключенного с ТФОМС в пользу застрахованного лица договора о финансовом обеспечении ОМС. Фактически ТФОМС делегирует частично свои

---

84. Апелляционное определение Хабаровского краевого суда от 23 августа 2013 г. по делу № 33-5588.

85. Право на обращение в суд в защиту интересов других лиц должно быть прямо указано в законе и не может быть передано по договору (Определение Кировского районного суда г. Томска от 15 октября 2014 года). ТФОМС при заключении договора со СМО передают свои полномочия, в том числе по защите прав застрахованных лиц в судебном порядке (Апелляционное определение Томского областного суда от 16 декабря 2014 г. по делу № 33-3699/2014).

86. Форма отчетности № ЗПЗ за 2019 год: ТФОМС – 9 900, СМО – 33 298. За 2020 год: ТФОМС – 9 206, СМО – 29 551.

87. Часть 8 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

88. Врач-хирург вместо врача детского-хирурга оказывает медицинскую помощь детям, врач уролог ведет прием у детей вместо детского врача уролога-андролога.

89. Пункт 7 части 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ.

90. Пункты 7, 8 части 7 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ.

полномочия СМО, так как обязанности СМО, закрепленные в данном договоре, корреспондируют с установленными правами застрахованных лиц<sup>91</sup>.

В части обязанностей СМО законодатель разграничивает действия по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях<sup>92</sup> и непосредственно деятельность по защите прав застрахованных лиц<sup>93</sup>.

При этом под деятельностью СМО по защите прав и законных интересов застрахованных лиц согласно судебной практике понимается любые предусмотренные законодательством способы защиты прав и законных интересов застрахованных лиц, в том числе контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи<sup>94</sup>.

Одним из инструментов по обеспечению защиты прав застрахованных лиц является контроль со стороны ТФОМС за деятельностью СМО.

Страховые взносы на ОМС – обязательные платежи, уплачиваемые страхователями, целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения<sup>95</sup>.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации<sup>96</sup>.

Поэтому осуществление Федеральным фондом контроля за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения, в том числе проведение проверок деятельности ТФОМС по выполнению функций администратора доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, начисление и взыскание со страхователей для неработающих граждан недоимки по указанным страховым взносам, пеней и штрафов<sup>97</sup>, является одним из элементов защиты прав застрахованных лиц<sup>98</sup>.

- 
91. Часть 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает обязанность СМО: обеспечение сохранности и конфиденциальности данных персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и персонализированного учета сведений о медицинской помощи; информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации; осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения МЭЭ, ЭКМП, и предоставление отчета о контроле; а также осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, деятельности по защите их прав и законных интересов.
92. Пункт 10 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ.
93. Пункт 12 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ.
94. Апелляционное определение Томского областного суда от 16.12.2014 по делу № 33-3699/2014. Постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 27.03.2018 № 02АП-854/2018 по делу № А31-7775/2017; Постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 19.03.2020 № 10АП-702/2020 по делу № А41-84481/2019.
95. Согласно пункту 6 статьи 3 Федерального закона № 326-ФЗ.
96. Часть 2 статьи 11 Федерального закона № 326-ФЗ.
97. Пункт 3 части 2 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ.
98. Так, за январь-сентябрь 2020 года страховые взносы на неработающего населения четырех субъектов Российской Федерации – Республики Ингушетия (за январь и август), Еврейской автономной области (за февраль), Республики Калмыкия (за июнь), Карачаево-Черкесской Республики (за январь) в бюджет ФОМС перечислены несвоевременно, в связи с чем на сумму недоимки начислены пени.

Полномочия по обеспечению прав застрахованных лиц нормативно закреплены за Федеральным фондом только с 2021 года в связи с внесением изменений в Устав ФФОМС<sup>99</sup>. В Федеральный закон № 326-ФЗ данные положения до настоящего времени не внесены. При этом согласно пункту 6 части 8 статьи 33 Федерального закона № 326-ФЗ ФОМС издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с полномочиями, установленными указанным Федеральным законом.

Информирование о правах является важным элементом как реализации прав застрахованных лиц, так и их защиты.

Приказом ФОМС утверждены Методические указания по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в целях совершенствования единых подходов к проведению социологических опросов в сфере обязательного медицинского страхования и обеспечения реализации прав застрахованных лиц<sup>100</sup>.

Несмотря на то, что Федеральный фонд регулирует вопросы информирования граждан о своих правах и определяет основные подходы к проведению ТФОМС и СМО социальных опросов, он не обобщает и не анализирует данные, полученные ТФОМС и СМО, и не располагает информацией об уровне информированности застрахованных лиц о своих правах и об ответственных за защиту их прав.

ТФОМС и СМО рекомендовано один раз в год среди респондентов, получивших в отчетный период медицинскую помощь по ТПОМС в медицинских организациях, проводить социологические опросы на предмет информированности населения о возможностях системы оказания медицинской помощи и об их правах. При этом указанные данные не публикуются.

Федеральным фондом обобщение и анализ указанных данных, полученных ТФОМС и СМО, не осуществляется.

По данным СМО, более 50 % респондентов не знают о страховых представителях<sup>101</sup>. Результаты проведенного в 2019 году ВЦИОМ<sup>102</sup> исследования об отношении россиян к российскому здравоохранению в целом, системе ОМС и уровне доверия в медицинской сфере<sup>103</sup> показали отсутствие у опрошенных понимания четкого алгоритма действий при нарушении их прав на оказание качественной медицинской помощи. Так, человеку, который стал жертвой врачебной ошибки, респонденты советовали обратиться в прокуратуру (42 %), в СМО (23 %), к страховым

- 
99. В 2021 году только Устав ФОМС дополнен полномочием по обеспечению прав граждан в сфере ОМС, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также ее финансового обеспечения.
100. Приказом ФОМС от 11 июня 2015 г. № 103.
101. На официальном сайте АО СК «Согаз-Мед» размещены итоговые результаты опроса «А вы знаете о вашем страховом представителе» (от 27.04.2021), согласно которым на вопрос «Знаете ли Вы о страховых представителях – Ваших помощниках и защитниках в сфере ОМС?» положительно ответило только 29,2% респондентов. 20% ответило «не знаю подробностей, но знаю, что они есть», остальные 50,8% ответили отрицательно.
102. Всероссийский центр изучения общественного мнения.
103. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-mediczinskikh-uslug-zapros-na-zhestkij-kontrol> (дата обращения 9 июля 2021 г.).

представителям (по ОМС) (14 %) <sup>104</sup>. При этом никто из респондентов не предложил обратиться в ТФОМС.

Опросы, проведенные контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации (далее – КСО) в ходе экспертно-аналитического мероприятия, показали разный уровень информированности граждан о своих правах в сфере ОМС. Кроме того, указанные данные разнятся с результатами социологических опросов, проведенных ТФОМС.

Если по данным ТФОМС основным источником информирования о правах в сфере ОМС являются ТФОМС и СМО, то по данным КСО это интернет и информационные плакаты, буклеты, размещенные в медицинских организациях <sup>105</sup>.

Таким образом, застрахованные лица недостаточно осведомлены о своих правах в сфере ОМС, об инструментах их защиты и участниках системы ОМС, ответственных за защиту таких прав.

Как показал анализ, проведенный в ходе экспертно-аналитического мероприятия, применяемые инструменты по осуществлению деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц не являются полными.

Права застрахованных лиц не в полной мере охвачены институциональными инструментами реализации мер и регулирования.

## 7.1.2. Выявление проблем организации системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС и их причины

Согласно Положению о координационном совете по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации <sup>106</sup> координационный совет создается в субъекте Российской Федерации с целью формирования, внедрения в практику и последующего совершенствования системы организации ОМС, обеспечения и защиты прав застрахованных лиц, установленных законодательством Российской Федерации, и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации. Его решения носят обязательный характер для участников ОМС в субъекте Российской Федерации. По итогам заседаний координационный совет принимает решения и направляет информацию в органы государственной, исполнительной власти субъекта Российской Федерации, Федеральную службу

- 
104. К главврачу больницы, где это произошло (36%), позвонить на горячую линию Минздрава России (32%), написать заявление в суд (27%), написать отзыв в интернете (на профильном сайте, в приложении) (11%); написать в жалобную книгу больницы (5%).
105. Отчет о результатах ЭАМ «Анализ системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденный постановлением Коллегии Контрольно-счетной палаты города Севастополя от 01.09.2021 № 61; Отчет о результатах проведения параллельного со Счетной-палатой Российской Федерации ЭАМ «Анализ системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», одобренный Коллегией Контрольно-Счетной палаты Санкт-Петербурга, протокол от 10.09.2021 № 42, п. 2.1.
106. Утверждено приказом ФОМС от 3 апреля 2013 г. № 76 «О координационных советах по организации защиты прав застрахованных при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Положение о координационном совете).

по надзору в сфере здравоохранения, Федеральный фонд, другие органы и учреждения для исполнения и контроля.

Несмотря на то, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, являются страхователями для неработающих граждан и обеспечивают права граждан в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, их взаимодействие с координационными советами в части обеспечения защиты прав застрахованных лиц путем выработки рекомендаций участникам системы ОМС по улучшению качества медицинской помощи на основании решений, принимаемых координационными советами, находится на низком уровне.

В некоторых регионах координационным советом совместно со СМО вырабатываются рекомендации участникам системы ОМС по исправлению выявленных нарушений, разработке планов их исправления, улучшению качества медицинской помощи с последующим контролем за их выполнением<sup>107</sup>.

В ряде субъектов отмечается номинальный характер деятельности координационных советов<sup>108</sup>, в том числе по причине отсутствия обратной связи по результатам рассмотрения их решений и информации. Вместе с тем координационные советы имеют большой потенциал в системе защиты прав застрахованных лиц. По мнению большинства СМО, координационные советы являются единственной официальной площадкой для взаимодействия СМО и органов власти субъектов Российской Федерации.

Кроме того, к одной из задач координационных советов относится обеспечение координации деятельности субъектов ОМС, в том числе в части системы защиты прав застрахованных лиц и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС в субъектах Российской Федерации<sup>109</sup>.

К субъектам ОМС относятся в том числе застрахованные лица и страхователи, которые не осуществляют деятельность по защите прав застрахованных лиц и контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации.

В некоторых регионах координационным советом совместно со СМО вырабатываются рекомендации участникам системы ОМС по исправлению выявленных нарушений, разработке планов их исправления, улучшению качества медицинской помощи с последующим контролем выполнения<sup>110</sup>.

В некоторых регионах координационным советом совместно со СМО вырабатываются рекомендации участникам системы ОМС по исправлению выявленных нарушений,

---

107. По данным ГСМК «ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ» (письмо в Счетную палату Российской Федерации от 9 августа 2021 г. № 2533).

108. Например, в г. Санкт-Петербурге, Республике Калмыкия.

109. Пункт 2.2 Положения о координационном совете.

110. По данным ГСМК «ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ» (письмо от 9 августа 2021 г. № 2533).

разработке планов их исправления, улучшению качества медицинской помощи с последующим контролем выполнения<sup>111</sup>.

СМО при выдаче полиса предоставляет застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях<sup>112</sup>.

Так, СМО обязаны ознакомить застрахованные лица с Правилами ОМС, базовой программой ОМС, ТПОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу СМО предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере ОМС, порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны ТФОМС и СМО, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде печатных информационных материалов (памятки, брошюры)<sup>113</sup>.

Информирование граждан об их обязанностях в сфере ОМС предусмотрено также путем размещения СМО на собственных официальных сайтах и опубликования в СМО информации об обязанностях застрахованных лиц<sup>114</sup>. ТФОМС не информируют об обязанностях застрахованных лиц.

Одной из проблем текущего нормативно-правового регулирования в сфере организации защиты прав застрахованных лиц является отсутствие в типовом договоре о финансовом обеспечении ОМС права и обязанности СМО на организацию и оказание содействия в получении медицинской помощи застрахованным лицам, осуществляемых в том числе путем направления застрахованного лица для получения медицинской помощи, а также на госпитализацию.

Кроме того, не установлена ответственность медицинских организаций за неисполнение обязательств по предоставлению сведений, необходимых для информационного сопровождения застрахованных лиц и предусмотренных порядком информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, установленных Правилами ОМС.

Причинами роста количества жалоб граждан на качество и доступность медицинской помощи и количества нарушений, выявляемых в ходе проведения экспертиз ТФОМС и СМО, может являться отсутствие мотивации участников ОМС по защите прав застрахованных лиц, а также должного контроля фактических сроков ожидания медицинской помощи в сфере ОМС.

Объем средств на ведение дела по ОМС, направляемых СМО, распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями не зависят от уровня удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи, количества обоснованных жалоб застрахованных лиц, результатов устранения нарушений.

---

111. По данным ГСМК «ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ» (письмо от 9 августа 2021 г. № 2533).

112. Подпункт 3 пункта 58 Правил ОМС.

113. Пункт 71 Правил ОМС.

114. Подпункт 13 пункта 223 Правил ОМС.

Как показывают социологические опросы ВЦИОМ, 51 % опрошенных считает, что при финансировании государственных медицинских учреждений должны учитываться оценка качества работы, число обращений и количество жалоб пациентов.

При этом мониторинг уровня удовлетворенности застрахованных лиц медицинской помощью проводится СМО и ТФОМС непосредственно в медицинских организациях по месту пребывания/посещения респондентами данной медицинской организации, в связи с чем уровень достоверности данных, полученных от респондентов, является достаточно низким, что подтверждается данными КСО.

Исполнение СМО своих обязанностей в части обеспечения защиты прав застрахованных лиц зависит от полноты и качества данных, передаваемых медицинскими организациями ТФОМС, в том числе через информационную систему ТФОМС.

Несмотря на нормативно установленный механизм взаимодействия участников ОМС по информационному сопровождению застрахованных лиц<sup>115</sup> посредством информационной системы ТФОМС, почти в половине субъектов Российской Федерации отсутствует возможность полноценного обеспечения указанного взаимодействия, что отражено в приложении № 4.

В девяти ТФОМС информационная система не реализована, отсутствует возможность работы в ней. В ряде ТФОМС информационная система не поддерживает опции в части прохождения профилактических осмотров и диспансерного наблюдения (9 ТФОМС), контроля сроков плановой госпитализации (11 ТФОМС), информации о телемедицинских консультациях в НМИЦ (14 ТФОМС), ведения истории страховых случаев застрахованных лиц с подозрением/установлением онкологических заболеваний (15 ТФОМС), сведений о непрофильной госпитализации (20 ТФОМС).

Медицинскими организациями допускаются многочисленные технические ошибки при работе в информационных системах ТФОМС, что влияет на достоверность информации. Сведения вносятся несвоевременно или задним числом. Кроме того, не все медицинские организации работают в информационных системах ТФОМС (отмечаются случаи, когда работают только 20 %).

В ряде регионов из-за отсутствия списков застрахованных лиц в информационных системах ТФОМС СМО формируют списки самостоятельно с использованием собственных программных продуктов.

Критерии для отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения плановой МЭЭ и ЭКМП Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения не установлены. Фактически отбор производится случайным образом по однородным группам, риск-ориентированный подход не применяется, что не способствует профилактике нарушений при оказании медицинской помощи.

---

115. Приказ ФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Отсутствие единых требований к системе защиты прав застрахованных лиц, в том числе по осуществлению экспертной деятельности, приводит к установлению регионами собственных правил<sup>116</sup>.

С 1 января 2021 года Федеральный фонд<sup>117</sup> регулирует правоотношения в сфере оказания медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, и осуществляет полномочия страховщика в части организации оказания и оплаты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Также на ФОМС возложена обязанность по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в федеральных медицинских организациях в соответствии с порядком, устанавливаемым Минздравом России<sup>118</sup>, который вступил в силу только в мае 2021 года<sup>119</sup>.

После издания Правил распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 апреля 2021 г. № 682 и на основании Приказа Минздрава России № 231н, Федеральным фондом осуществлен медико-экономический контроль на основании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, предоставленных федеральными медицинскими организациями.

На момент завершения мероприятия Федеральным фондом осуществлялся отбор случаев оказания медицинской помощи для проведения согласно пункту 7 Приказа Минздрава России № 231н медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты медико-экономического контроля (далее – МЭК), МЭЭ и ЭКМП оформляются соответствующими заключениями по формам, установленным ФОМС<sup>120</sup>, которые до настоящего времени отсутствуют. При этом их применение всеми

- 
116. Приказ ТФОМС Кемеровской области от 16 августа 2021 г. № 235 «Алгоритм отбора случаев на экспертный контроль»; Приложение № 13.1 к Тарифному соглашению г. Москвы на 2021 год от 12 января 2021 г., которым устанавливается вид контрольно-экспертного мероприятия, в рамках которого возможно применение кода нарушения (дефекта) оказания медицинской помощи, что не было предусмотрено законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья до издания Приказа № 231н; приложение 14 к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы ОМС на 2021 год от 29 декабря 2020 г., которым установлены единые критерии проведения МЭК, не предусмотренные Приказом № 231н и приказом ФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79.
117. Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
118. Пункты 2 и 3 части 3 статьи 39.1 Федерального закона № 326-ФЗ.
119. Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения. Утвержден приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован в Минюсте России 13 мая 2021 г. № 63410) (далее – Приказ № 231н).
120. Часть 9 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ.

участниками системы ОМС обязательно с момента вступления в силу Приказа № 231н. Отсутствие типовых форм не обеспечивает единого подхода к автоматизации процесса формирования и обработки результатов контроля за деятельностью медицинских организаций.

## 7.2. Оценка результатов мер по защите прав застрахованных лиц в сфере ОМС

### 7.2.1. Анализ комплексности и результатов информационного сопровождения застрахованных лиц по ОМС на всех этапах оказания медицинской помощи

В целом информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи возложено на СМО<sup>121</sup>. ТФОМС обязаны информировать застрахованные лица об их правах и порядке обеспечения и защиты таких прав.

В 2020 году количество проинформированных застрахованных лиц снизилось по сравнению с 2019 годом почти в два раза. Если СМО в 2020 году информировали граждан практически на уровне предыдущего года и даже увеличили количество публично проинформированных в два раза, то ТФОМС снизили уровень информирования граждан в 27 раз и проинформировали всего 3,7% к уровню 2019 года. Вместе с тем в период возникновения и распространения новой коронавирусной инфекции Covid-19, когда Правительством Российской Федерации оперативно применялись меры по обеспечению здоровья населения, получение информации о порядке обеспечения и защиты прав застрахованных лиц было особенно актуально.

В 2020 году на период действия ограничительных мероприятий СМО приостанавливали информирование застрахованных лиц о праве прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации<sup>122</sup>.

За 2020 год СМО индивидуально проинформированы, в том числе посредством телефонной связи, СМС-сообщений, электронной почты, почтовых рассылок, других информационных ресурсов 74 606,9 тыс. человек (в 2019 году – 92 913,2 тыс. человек), что меньше аналогичного периода 2019 года на 19,7%. Из них: СМО – 72 190,7 тыс. человек, или 96,8% (в 2019 году – 76 833,6 тыс. человек, или 82,7%); ТФОМС – 2 416,3 тыс. человек, или 3,2% (в 2019 году – 16 079,5 тыс. человек, или 17,3%) (приложение № 5).

Публично проинформированы, в том числе посредством статей в СМИ, выступлений на радио и телевидении, выступлений в коллективах, информационных стендов, интернет-ресурсов: 1 481,8 тыс. человек (в 2019 году – 54 638,8 тыс. человек). Из них: СМО – 1 286,7 тыс. человек (в 2019 году – 574,6 тыс. человек); ТФОМС – 195,2 тыс. человек (в 2019 году – 54 064,2 тыс. человек).

---

121. Часть 9 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ.

122. Совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 25 марта 2020 г. № 111-8/и/2-3524/4059/30/и.

При этом остается ряд аспектов получения медицинской помощи, по которым информированность граждан снижается: возможность получения амбулаторной медицинской помощи за пределами региона проживания (в 2019 году – 53 %, в 2020 году – 39 %), выбора врача в стационаре (в 2019 году – 54 %, в 2020 году – 33 %), право на выбор СМО (30 %) <sup>123</sup>.

Развитие индивидуальных форм информирования позволило использовать их для информирования застрахованных лиц о возможности прохождения профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации в медицинской организации, к которой они прикреплены, что получило отражение в новой статистической форме «Информирование страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий», действующей с 2019 года.

## Информирование СМО застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий в 2019 году в Российской Федерации\*



\* Источник: форма «Информирование страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий» за 2019 год.

Таблица № 1<sup>24</sup>. Способы информирования застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий в 2019, 2020 годах, %

Способ информирования	2019 г.	2020 г.
СМС-сообщения	39,90	41,75
Телефонная связь	18,90	20,20
Система обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ	9,88	10,42
Почтовая рассылка	18,86	15,76
Электронная почта	0,36	1,01
Иные способы	14,98	10,86

Максимальная доля приходится на СМС-сообщения (39,9 % – в 2019 году и 41,75 % – в 2020 году), наименьшая – на электронную почту (0,36 и 1,01 % соответственно).

Используются иные способы информирования, нерасшифрованные в форме отчетности<sup>125</sup>: голосовое сообщение-автоинформирование (Приморский край, Омская, Свердловская, Челябинская области, Республика Хакасия), адресный обход (республики Башкортостан, Мордовия, Омская, Свердловская, Липецкая, Орловская области), таргетированная реклама через социальные сети («ВКонтакте», «Одноклассники», Instagram) (Ростовская область, Республика Саха (Якутия) и поисковые системы (Яндекс, Google), контентная площадка Яндекс Дзен (Ростовская область).

Также к иным способам СМО относят уведомления при получении полиса, устное информирование при визите в медицинскую организацию или СМО, визит страховых представителей в медицинские организации, распространение печатных материалов.

Индивидуальное информирование, проводимое СМО в регионах, охватывает около половины застрахованного населения. Ранее популярные печатные материалы составляют только 16,82 % от общего числа каналов связи с застрахованными лицами. Преобладание того или иного канала индивидуального информирования застрахованных лиц варьируется в зависимости от региона: в части субъектов почти отказались от использования печатных материалов (например, в Воронежской, Иркутской, Московской областях), в части широко используются почтовые рассылки (например, Ивановская и Липецкая области, Республика Крым).

Использование электронной почты является наиболее редким способом индивидуального информирования застрахованных лиц.

ТФОМС осуществляют индивидуальное информирование застрахованных лиц только в 46 субъектах, и чаще всего для этого используются печатные материалы.

Наиболее активным является ТФОМС Москвы, который обеспечивает

124. Отчетность № ЗПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденная Приказом ФОМС от 25 марта 2019 г. № 50 (далее – Приказ ФОМС № 50, форма ЗПЗ).

125. Форма отчетности № ЗПЗ.

информирование каждого застрахованного в регионе лица. Вторым по популярности каналом индивидуального информирования застрахованных лиц у ТФОМС является телефонная связь.

По информации СМО, при выборе метода индивидуального информирования основным критерием являются предоставленные застрахованным лицом или его представителем контактные данные в качестве основного предпочтительного способа взаимодействия. При этом образец заявления на выбор СМО не предусматривает выделение предпочтительной контактной информации.

Во всех СМО организована деятельность контакт-центров.

Информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им на всех этапах медицинской помощи осуществляется СМО<sup>126</sup> через страховых представителей.

Правилами ОМС<sup>127</sup> предусмотрена организация трехуровневой структуры страховых представителей СМО (в зависимости от уровня предоставлять информацию справочно-консультационного характера должны страховые представители первого уровня, осуществлять сопровождение граждан при оказании им медицинской помощи – страховые представители второго уровня, экспертизу качества оказанной медицинской помощи – страховые представители третьего уровня).

В Российской Федерации численность страховых представителей: первого уровня составляет 4 794 человека, второго уровня – 4 097 человек, третьего уровня – 1 420 человек.

Численность страховых представителей нормативно не урегулирована и различается в зависимости от СМО, что может создавать риски ненадлежащего информационного сопровождения застрахованных граждан.

При этом система оценки эффективности деятельности уполномоченных лиц СМО в медицинской организации (страховых представителей), а также методика расчета необходимого количества страховых представителей не установлены.

Малое количество страховых представителей второго уровня в муниципальных образованиях создает риски ненадлежащего информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также защиты их прав и законных интересов в населенных пунктах с немногочисленным населением.

При этом количество обращений, даже при одинаковом количестве застрахованных лиц, существенно отличается, что может свидетельствовать о разном уровне осведомленности застрахованных лиц о возможности использования ресурсов СМО по защите своих прав в зависимости от страховой организации.

Контакт-центры ТФОМС менее востребованы по сравнению с контакт-центрами СМО.

---

126. Статья 14 Федерального закона № 326-ФЗ, пункт 230, 231 Правил ОМС.

127. Пункты 233–235 раздела XV Правил ОМС.

Необходимость повышения уровня осведомленности граждан о деятельности СМО по защите прав граждан в системе ОМС подтверждает и количество обращений в региональные органы власти по вопросам оказания медицинской помощи, качества ее предоставления, лекарственного обеспечения.

СМО и ТФОМС используют разные подходы к публичному информированию застрахованного населения. Основным каналом, используемым ТФОМС, является интернет; СМО более чем в половине случаев используют для публичного информирования выступления на радио, телевидении и статьи в СМИ. Все СМО используют для публичного информирования стенды в медицинских организациях, для ряда из них это является основным способом информирования застрахованных лиц (например, Белгородская и Новосибирская области, Москва). Только половина ТФОМС используют этот способ информирования застрахованных лиц.

Как показал анализ, при информационном сопровождении застрахованных лиц не применяется индивидуальный подход к застрахованным лицам с учетом половозрастных, социальных и медицинских характеристик.

Информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации осуществляется СМО на основании списков для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения в текущем календарном году согласно соответствующему плану. При этом данные списки формируются в свободной форме и не учитывают вышеуказанные характеристики, что в свою очередь может негативно сказаться на охвате граждан профилактической медицинской помощью.

Как показал проведенный анализ, при стопроцентном информировании граждан, включенных в план диспансеризации, в доковидный период фактически из них диспансеризацию проходит чуть более 30 % (подробнее – в приложении № 6).

СМО проводят дополнительные опросы на основании локальных нормативных актов с использованием разработанных анкет и опросных листов, методик определения выборок для анкетирования в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по привлечению населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснению причин отказов от них.

## 7.2.2. Оценка результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляется с целью обеспечения прав застрахованных лиц на получение в медицинских организациях бесплатной медицинской помощи.

Проведенный анализ формы отчетности № ЗПЗ<sup>128</sup> за 2019, 2020 годы показал следующее.

---

128. Приказ ФОМС № 50.

В 2019 году по результатам медико-экономического контроля (далее – МЭК), проведенного СМО, количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь составило 772 730,6 тыс. единиц, из них принятых к оплате – 729 345,8 тыс. единиц (94,4 %). В 2020 году из предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь (728 614,9 тыс. случаев) принято к оплате 714 768,2 тыс. случаев (98,1 %).

Большая часть счетов представлена за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях: 699 017,0 тыс. единиц в 2019 году (90,5 % от предъявленных к оплате счетов) и 662 292,3 тыс. единиц в 2020 году (90,9 % от предъявленных к оплате счетов).

В 2019 году по результатам МЭК, проведенного ТФОМС, количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь составило 26 392,2 тыс. единиц, из них принятых к оплате – 24 940,1 тыс. единиц (94,5 %). В 2020 году из 25 720,7 тыс. единиц предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь принято к оплате 24 234,7 тыс. единиц (94,2 %). Большая часть счетов представлена за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях: 22 758,5 тыс. единиц в 2019 году (86,2 % от предъявленных к оплате счетов), 662 292,3 тыс. единиц в 2020 году (86,1 % от предъявленных к оплате счетов).

Результаты МЭК, оформленные соответствующим актом, являются основанием для применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и проведения МЭЭ, организации и проведения ЭКМП; повторного МЭК, МЭЭ, ЭКМП и экспертизы качества медицинской помощи ТФОМС или СМО.

СМО в 2020 году проведено 11 172,3 тыс. МЭЭ (на 14,2 % меньше по сравнению с 2019 годом). Рассмотрено 19 906,8 тыс. страховых случаев (меньше на 13 % по сравнению с 2019 годом), из них с нарушениями выявлено 2 849,9 страховых случаев (на 23,8 % меньше по сравнению с 2019 годом). Доля целевых МЭЭ составляла в 2020 году 61,8 % (в 2019 году – 37 %) и плановых в 2020 году – 37,4 % (2019 год – 62,6 %).

Несмотря на установленный приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также ее финансового обеспечения, отдельные СМО разрабатывают внутренние стандарты проведения МЭЭ, например, случаев согласования лекарственной противоопухолевой терапии, в котором по контрольным пунктам определен алгоритм действий врача-эксперта: перечень показателей, подлежащих оценке, порядок отражения в первичной медицинской документации показателей, подлежащих оценке, критерии отсутствия нарушений, порядок определения кода дефекта, порядок отбора случаев для передачи эксперту качества.

За 2020 год в Российской Федерации проведено 4 255,8 тыс. ЭКМП, что на 26 % меньше, чем в 2019 году. Среди страховых случаев, подвергшихся плановой ЭКМП в 2020 году, 2 794,4 тыс. страховых случаев были подвергнуты тематическим ЭКМП (в аналогичном периоде 2019 года в рамках тематических экспертиз было рассмотрено 4 275,1 тыс. страховых случаев).

Среди проведенных целевых ЭКМП 37,2 % составили экспертизы, связанные с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания. 34 % составляют экспертизы, связанные с летальным исходом при оказании медицинской помощи.

Целевые ЭКМП, связанные с получением жалоб от застрахованного лица или его представителя, составили 2,6 % от общего числа целевых ЭКМП.

При проведении ЭКМП выявлено 1686,1 тыс. нарушений (24,5 % от всех страховых случаев, рассмотренных при ЭКМП) (за 2019 год выявлено 2 585,7 тыс. нарушений, или 26,6 %).

Проведенный анализ нарушений, выявленных при проведении ЭКМП, свидетельствует о сохраняющемся преобладании нарушений, связанных с несоблюдением клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи, стандартов оказания медицинской помощи (57,2 % – в 2020 году, 55 % – в 2019 году).

За 2020 год повторной ЭКМП со стороны ТФОМС подверглось 174,8 тыс. страховых случаев (за 2019 год – 408,0 тыс. страховых случаев). В плановом порядке рассмотрены почти 150,5 тыс. страховых случаев, или 86,1 % всех случаев, подвергшихся повторной ЭКМП.

По претензиям медицинских организаций в среднем по Российской Федерации повторные ЭКМП проводились в 21,6 тыс. случаев (12,3 %), за аналогичный период 2019 года – 26,2 тыс. случаев (6,4 %).

Количество счетов, необоснованно признанных СМО дефектными, составило 8,7 тыс. счетов (4,9 %) от общего количества страховых случаев, подвергшихся повторной ЭКМП (за 2019 год – 11,6 тыс. счетов, или 2,8 %).

В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица при их обращении информируются медицинскими организациями, СМО, ТФОМС о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи. Информирование осуществляется в виде ответа на поступившее обращение и распространения информационных материалов<sup>129</sup>.

Формой отчетности № ЗПЗ не предусмотрено отражение информации о фактически примененных санкциях по результатам проведенных экспертиз с указанием данных о количестве и видах проведенных экспертиз, штрафных санкциях, примененных по каждому виду нарушений в суммовом выражении, и оплаты штрафных санкций.

Отсутствие в сводной информации данных о количестве и видах страховых случаев с нарушениями, предъявленных штрафных санкциях, оспоренных и оплаченных медицинской организацией штрафных санкций, не позволяет произвести взаимоувязку данных и определить соотношение количества ЭКМП, проводимых СМО, и объема санкций, наложенных на медицинскую организацию, а также

---

129. Раздел IX Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 года № 36 (далее – порядок № 36); приказ Минздрава России от 8 апреля 2021 г. № 317н «Об утверждении порядка информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования» (вступил в действие с 1 июля 2021 г.).

соразмерность штрафных санкций, применяемых к медицинской организации, характеру выявляемых СМО нарушений.

В 2019 году плановая МЭЭ проведена в отношении 13,7 млн случаев оказания медицинской помощи, из которых только в каждом 5 случае (20 %) были установлены нарушения. В части проведения плановой ЭКМП из 7,7 млн случаев нарушения установлены только в 28 %.

Выявлены региональные диспропорции при проведении контрольных мероприятий. Так, анализ проведенных ЭКМП показал разброс в соотношении количества выявленных нарушений к количеству случаев, подвергнутых экспертизе, от 5,4 до 82,7 % в 2019 году и от 9,2 до 68,7 % – в 2020 году (приложение № 7).

Проведенный анализ соразмерности нарушений прав и налагаемых штрафов показал, что СМО заинтересованы в проведении меньшего количества экспертиз по более дорогостоящим случаям медицинской помощи (приложение № 8).

Как показал анализ, представленный в приложении № 9, результаты ЭКМП неравномерны и зависят от эксперта качества, который осуществлял экспертизу.

### 7.2.3. Анализ результатов досудебной и судебной защиты прав застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию

ТФОМС и СМО осуществляют досудебную защиту прав застрахованных лиц, выражающуюся в рассмотрении обращений граждан.

Анализ статистической отчетности по досудебной и судебной защите прав застрахованных лиц показал несовершенство утвержденной статистической формы отчетности № ЗПЗ, а также некорректность ее заполнения, что создает риски искажения информации по Российской Федерации в целом (подробно представлено в приложении № 10).

В 2019 году из 29 022 спорных случаев удовлетворено в досудебном порядке 23 481 случаев (81 %), 5 541 случай остаются неудовлетворенными или отклоненными (19 %) <sup>130</sup>.

В 2020 году из 25 319 спорных случаев удовлетворено в досудебном порядке 23 406 случаев, или 92 %, 1 913 случаев остаются неудовлетворенными или отклоненными (8 %) <sup>131</sup>.

При этом в 2019 году удовлетворено в досудебном порядке только 47 % (3 789) от общего количества спорных случаев (8 039), поступивших на рассмотрение в ТФОМС. СМО удовлетворили 94 % (19 692) от общего количества спорных случаев (20 983).

В 2020 году ситуация изменилась и ТФОМС удовлетворили в досудебном порядке практически 100 % спорных случаев, поступивших к ним на рассмотрение, а СМО – 92 %.

---

130. Таблица № 2 формы ЗПЗ за 2019 год.

131. Таблица № 2 формы ЗПЗ за 2020 год.

## Количество спорных случаев досудебной защиты прав застрахованных лиц по России за 2019–2020 годы



\* Информация о досудебной защите прав застрахованных лиц в 2019–2020 годах по данным формы отчетности № 3ПЗ за 2019–2020 годы.

Из данных, представленных в диаграмме, следует, что основная часть спорных случаев в досудебном порядке решается СМО: 84 % – в 2019 году и 87 % – в 2020 году.

Это не означает, что СМО являются более эффективными в защите прав застрахованных лиц. Причиной может являться низкая информированность граждан об участниках системы ОМС, ответственных за защиту их прав, что подтверждается результатами опросов ВЦИОМ.

Сумма возмещения ущерба, причиненного застрахованному лицу в досудебном порядке в 2019 году, составила 13 311 тыс. рублей, в 2020 году – 15 519 тыс. рублей. При этом в 2020 году возмещался ущерб, причиненный застрахованному лицу СМО (0,4 тыс. рублей).

В проверяемом периоде чаще всего в досудебном порядке достигалось урегулирование спорных случаев по обращениям, признанным обоснованными, в связи с оказанием медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи несовершеннолетним.

В части осуществления судебной защиты прав застрахованных количество случаев, разрешенных в судебном порядке, в 2020 году увеличилось на 6,5%.

## Спорные случаи, разрешенные в судебном порядке в России за 2019–2020 годы

ед.



\* Информация о досудебной защите прав застрахованных лиц в 2019–2020 годах по данным формы отчетности № ЗПЗ за 2019–2020 годы.

Число удовлетворенных исков в 2019 году составило 235 единиц, в 2020 году – 271 единица.

Общая сумма возмещенного ущерба, причиненного застрахованному лицу всего, в том числе по удовлетворенным искам, в 2019 году составила 84 324 тыс. рублей, в 2020 году – 106 035 тыс. рублей.

Основными причинами спорных случаев, разрешенных в судебном порядке в проверяемом периоде, как видно из представленной таблицы, стало оказание медицинской помощи и взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС.

Таблица № 2. Причины обращений, признанные обоснованными, и удовлетворенные в судебном порядке в 2019 и 2020 годах<sup>132</sup>

Причины	2019 г.	2020 г.
Необеспечение выдачи полисов ОМС	8	1
Нарушение прав на выбор медицинской организации	1	3
Организация работы медицинской организации	3	4
Оказание медицинской помощи	169	217
Лекарственное обеспечение	4	4
Отказ в оказании медицинской помощи по программе ОМС	2	-
Взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь по ОМС	16	13

В 2019, 2020 годах ТФОМС не было подано ни одного искового заявления о защите прав застрахованных<sup>133</sup> лиц, несмотря на полномочие по защите прав застрахованных лиц в судебном порядке.

Чаще всего за защитой прав в судебном порядке обращаются сами застрахованные лица или их законные представители: на их долю в 2019 году пришлось 97 % рассмотренных исков, доля СМО составила 1,4 % в общем числе исковых заявлений о защите прав застрахованных лиц; в 2020 году – 97,2 % и 0,7 % соответственно. В 2020 году чуть больше, чем у СМО, составляет процент обращений в прокуратуру (в 2019 году – равный процент со СМО).

При этом исковые заявления, которые подают СМО, удовлетворяются судом чаще (в 2019 году – 78 %, в 2020 году – 72 %), чем исковые заявления, которые подают застрахованные лица или их законные представители (около 60 %).

Из исков застрахованных (законных представителей), дошедших до судов, удовлетворяются 65 %, то есть суды находят основания признать факт нарушения права застрахованного лица.

Таким образом, часть случаев, вынудивших застрахованных лиц искать защиту в судебном порядке, могли быть решены ТФОМС и СМО в досудебном порядке.

В 2019 году в досудебном порядке ТФОМС удовлетворили только 3 789 спорных случаев из 8 039, поступивших им на рассмотрение, при этом застрахованными лицами (их представителями) подано 377 исков. Указанное может свидетельствовать как о значительном проценте невозстановленных прав граждан, так и о низкой информированности граждан о своих правах, в случае если их обращения признаны необоснованными.

Досудебная защита фактически сводится к рассмотрению обращений граждан в соответствии с Федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан

132. По данным таблицы № 3 формы № ЗПЗ за 2019 и 2020 годы.

133. В 2017 и 2018 годах ТФОМС были поданы 6 и 0 исковых заявлений соответственно.

Российской Федерации»<sup>134</sup>, при этом единые подходы к отнесению спорных случаев к обоснованным не установлены. Мониторинг повторных обращений застрахованных лиц не ведется.

Предоставляемая в системе ОМС юридическая поддержка застрахованных лиц и их законных представителей в части досудебной и судебной защиты их прав является недостаточной.

Ряд СМО (например, в г. Санкт-Петербурге) в качестве дополнительной гарантии соблюдения прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС оказывают застрахованным лицам на безвозмездной и добровольной основе содействие в подготовке материалов к судебному разбирательству, в том числе в составлении исковых заявлений о компенсации морального вреда. Вместе с тем, как показывает статистика по г. Санкт-Петербургу, из шести исковых заявлений, поданных застрахованными лицами, по пяти отказано, по одному дело прекращено по решению суда.

С 2021 года по требованию застрахованного лица (его законного представителя) ФФОМС, ТФОМС, СМО, выявившие нарушение права застрахованного лица, предъявляют в медицинскую организацию требование о восстановлении нарушенного права, осуществляют содействие застрахованному лицу (его законному представителю) в предъявлении претензии к медицинской организации или обращении в суд<sup>135</sup>.

#### 7.2.4. Оценка роли системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС в повышении доступности (сроков ожидания) и качества медицинской помощи

Предельные сроки ожидания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи устанавливаются программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи<sup>136</sup>. При этом показатель по срокам ожидания медицинской помощи перечнем критериев доступности и качества медицинской помощи не предусмотрен.

Статистическая форма по срокам ожидания медицинской помощи (в том числе доступности лабораторных исследований/анализов, диагностических исследований) не предусмотрена. ТФОМС и СМО получают данные об удовлетворенности застрахованных лиц качеством и доступностью медицинской помощи при проведении социологических опросов<sup>137</sup>. Как уже отмечалось выше, метод сбора указанных сведений не обеспечивает их достоверность.

---

134. Федеральный закон от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ.

135. Пункт 73 Порядка проведения контроля, утвержденного приказом № 231н.

136. Постановления Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021-2022 годов».

137. Методические указания по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере ОМС.

Контроль сроков ожидания медицинской помощи осуществляется путем проведения целевых МЭЭ и ЭКМП при получении жалоб от застрахованных лиц или их представителей. Необходимо отметить, что Порядок № 36 (действовавший в анализируемый период) и Порядок № 231н не устанавливают конкретные инструменты контроля сроков ожидания медицинской помощи.

В рамках информационного сопровождения застрахованных лиц посредством информационных систем ТФОМС осуществляется контроль сроков госпитализации в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и/или специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

На ежемесячной основе осуществляется контроль своевременности оказания медицинской помощи застрахованным лицам с подозрением на онкологическое заболевание или установленным диагнозом онкологического заболевания.

При этом в ходе ЭАМ установлено, что в ряде информационных систем ТФОМС отсутствует функциональная возможность контроля сроков плановой госпитализации (подробно – в приложении № 3).

В остальных случаях контроль сроков ожидания медицинской помощи производится только на основании поступивших обращений застрахованных лиц (их представителей).

Это свидетельствует о необходимости создания системы контроля сроков ожидания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в том числе предусматривающим госпитализацию.

По данным формы отчетности № 3ПЗ (таблица № 3), количество жалоб, связанных с нарушением сроков ожидания медицинской помощи, решенных в досудебном порядке, в 2019 году составило 231 единицу, а в 2020 году – 242 единицы. Большая часть случаев была урегулирована СМО – 195 случаев в 2019 году и 215 – в 2020 году.

В то же время в форме отчетности № 3ПЗ (таблица № 1) не предусмотрен отдельный учет жалоб застрахованных лиц на нарушение сроков ожидания помощи, за исключением сроков ожидания медпомощи при онкологических заболеваниях, а также не выделяются жалобы застрахованных лиц на качество медицинской помощи. Это не позволяет оценить количество подобных жалоб застрахованных лиц.

В большинстве случаев в обращениях граждан в СМО содержатся жалобы на отсутствие записи к специалистам или записи на исследования, а также на длительные сроки ожидания приема и исследований (по нескольким месяцам), существенно превышающие установленные ТПОМС. При этом в отдельных обращениях указывается на возможность получить данные услуги за плату в короткие сроки при невозможности их получения по ОМС в установленные сроки.

Указанные обращения СМО относят к категории «консультации», а не «жалобы», хотя из содержания обращений усматриваются признаки несоблюдения положений ТПОМС о сроках ожидания медицинской помощи. Данные обращения СМО включают в раздел 4 «Обращения за разъяснениями» таблицы № 1 «Обращения

застрахованных лиц», что не обеспечивает достоверность информации о фактическом количестве жалоб застрахованных лиц на доступность медицинской помощи.

Проверка по данным обращения в соответствии с Порядком № 36 не предусматривалась. Вместе с тем страховые представители оказывают содействие обратившимся застрахованным лицам в организации предоставления им медицинской помощи, в том числе помогают записаться на прием и исследования путем личного взаимодействия страховых представителей с руководителями медицинских учреждений.

В случаях, когда потребность в лабораторно-диагностических методах исследования и консультациях узких специалистов превышает нормативную нагрузку диагностической службы и специалистов-консультантов, медицинская помощь оказывается в порядке очередности с обязательным ведением листа ожидания<sup>138</sup>.

В отдельных регионах предусматривается отсчет срока ожидания медицинской помощи со дня внесения в лист ожидания, а не с момента обращения застрахованного лица за медицинской помощью<sup>139</sup>.

## 8. ВЫВОДЫ

**8.1. Система защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС, установление которой в соответствии с законодательством возложено на Российскую Федерацию, находится в процессе формирования.**

**8.1.1. В российском законодательстве нет определения понятия «система защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС».**

**8.1.2. Полномочия участников и субъектов ОМС в отношении обеспечения и защиты прав застрахованных лиц подлежат уточнению.**

---

138. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденная постановлением Правительства Тюменской области от 27 декабря 2019 г. № 535-п; Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 и на плановый период 2021 и 2022 годов в Карачаево-Черкесской Республике; Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов в Карачаево-Черкесской Республике, утвержденные постановлениями Правительства Карачаево-Черкесской Республики от 26 декабря 2019 г. № 336 и от 27 декабря 2018 г. № 294. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденная постановлением Правительства Саратовской области от 25 декабря 2019 г. № 919-П.

139. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов; Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденные постановлениями Правительства Белгородской области от 24 декабря 2018 г. № 509-пп и от 30 декабря 2019 г. № 618-пп.

8.1.2.1. Федеральным законом № 326-ФЗ Федеральный фонд ОМС не наделен полномочием по обеспечению прав застрахованных лиц, предусмотренным Уставом Федерального фонда с 2021 года.

8.1.2.2. Законодательными и нормативными правовыми актами Федеральный фонд и территориальные фонды ОМС не наделены полномочием по предоставлению застрахованному лицу достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, право на получение которой от фондов закреплено Федеральным законом № 326-ФЗ.

8.1.2.3. У страховых медицинских организаций отсутствует право на защиту прав и интересов застрахованных лиц в судебном порядке.

Учитывая, что территориальные фонды ОМС, несмотря на наличие такого полномочия, не подают иски в защиту прав и интересов застрахованных лиц, бремя защиты своих прав в судебном порядке практически полностью ложится на застрахованное лицо.

8.1.2.4. Не установлена ответственность медицинских организаций за неисполнение обязательств по предоставлению сведений, необходимых для информационного сопровождения застрахованных лиц и предусмотренных порядком информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, установленных Правилами ОМС.

8.1.3. Существующие элементы, механизмы, инструменты действующей модели защиты прав застрахованных лиц установлены различными законодательными и нормативными правовыми актами межотраслевого характера и имеют слабую взаимосвязь.

8.1.3.1. Несмотря на то, что территориальные фонды ОМС наделены публичными полномочиями по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, в том числе в судебном порядке, они не освобождаются налоговым законодательством от уплаты государственной пошлины при подаче исковых заявлений в суд.

8.1.3.2. Федеральным законом № 326-ФЗ гарантировано право застрахованных лиц на защиту прав и законных интересов в сфере ОМС. При этом налоговое законодательство предусматривает освобождение истцов от уплаты государственной пошлины только по искам о возмещении вреда, причиненного увечьем или иным повреждением здоровья, а также смертью кормильца. Вместе с тем вопросы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС гораздо шире.

8.1.3.3. Подзаконными нормативными правовыми актами ограничиваются права таких категорий застрахованных лиц, как иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», ограничение прав которых или особый порядок их реализации законодательством не предусмотрены. Указанной категории застрахованных лиц

полис выдается только в бумажном виде со сроком действия до конца календарного года. Таким образом, ежегодно бумажный полис для данной категории лиц подлежит перевыпуску, что влечет дополнительные расходы бюджета ФОМС.

8.1.3.4. Согласно Федеральному закону «Об основах обязательного социального страхования», нормы которого регулируют правоотношения в сфере ОМС, застрахованные лица имеют право на участие через своего представителя или профсоюз в управлении обязательным социальным страхованием и на внесение через своего представителя или профсоюз предложений о тарифах страховых взносов страховщикам и в Правительство Российской Федерации. При этом данное право в настоящее время недостаточно реализовано для всех категорий застрахованных лиц.

8.1.3.5. При реализации своего права на выбор медицинской организации за пределами территории страхования в целях медицинского обслуживания застрахованные лица сталкиваются с необоснованной необходимостью замены страховой медицинской организации на СМО, участвующих в территориальной программе ОМС на территории данного субъекта.

8.1.4. Экспертные мероприятия страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС носят преимущественно ретроспективный характер, поэтому незначительно влияют на профилактику дефектов медицинской помощи и не позволяют превентивно обеспечивать качество медицинской помощи.

Контроль как инструмент защиты прав застрахованных лиц нацелен на повышение уровня доступности и качества медицинской помощи. Вместе с тем в части защиты нарушенного права застрахованного лица данный механизм работает в случае наличия конкретной жалобы от застрахованного лица, в остальном он направлен на возмещение ущерба системе ОМС.

**8.2.** Нормативно-правовое регулирование в целях реализации прав застрахованных лиц требует внесения ряда изменений.

8.2.1. Образец заявления о выборе (замене) страховых медицинских организаций (далее – образец заявления) нормативным правовым актом не утвержден и доведен до сведения территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, медицинских организаций письмом Федерального фонда. Образец заявления не актуализировался с 2017 года, не учитывает новую редакцию Правил ОМС и не обеспечивает сбор необходимой информации от застрахованного лица.

8.2.2. Информация на сайтах размещается СМО в различном объеме, что не обеспечивает равный доступ к информации, необходимой для реализации застрахованными лицами своих прав в системе ОМС, и свидетельствует об отсутствии единообразного правоприменения СМО положений Правил ОМС.

8.2.3. Отсутствует возможность актуализации страховой медицинской организацией данных, предоставленных застрахованным лицом за получением полиса ОМС,

который выдается бессрочно; выбор способа индивидуального информирования застрахованных лиц зависит от наличия у страховой медицинской организации актуальных контактных данных.

**8.2.4.** Законодательными и нормативными правовыми актами не предусмотрена возможность реализации застрахованным лицом своих прав на получение медицинской помощи по ОМС после окончания срока действия временного свидетельства и до выдачи полиса ОМС.

**8.2.5.** Органами власти субъектов Российской Федерации на официальных сайтах размещается не вся информация для целей информирования граждан о своих правах, предусмотренная Правилами ОМС.

**8.2.6.** При реализации права застрахованного лица на выбор конкретного врача требуется согласие самого лечащего врача, при этом механизм дальнейшего взаимодействия с медицинской организацией в случае отказа лечащего врача не предусмотрен.

**8.3.** Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации являются страхователями для неработающих граждан, при этом обеспечение защиты прав застрахованных лиц в регионах сводится к работе ТФОМС и координационных советов.

В ряде субъектов отмечается номинальный характер деятельности координационных советов, принятые ими решения не рассматриваются и не востребованы.

**8.3.1.** Положение о координационном совете имеет ряд существенных недостатков.

**8.4.** Несмотря на то, что Федеральный фонд ОМС регулирует вопросы информирования граждан о своих правах и определяет основные подходы к проведению территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями социальных опросов по вопросу информированности граждан о своих правах в сфере ОМС, он не обобщает и не анализирует данные, полученные ТФОМС и СМО, и не располагает информацией об уровне информированности граждан о своих правах и механизмах их защиты.

**8.5.** Застрахованные лица недостаточно осведомлены об инструментах защиты своих прав и об участниках системы ОМС, ответственных за защиту таких прав.

**8.6.** Мотивация участников ОМС по защите прав застрахованных лиц является недостаточной. Объем средств на ведение дела по ОМС страховой медицинской организацией, распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями не зависят от уровня удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи, от количества обоснованных жалоб застрахованных лиц результатам устранения нарушений, и прочих критериев.

Система оценки эффективности деятельности страховых представителей, в том числе страховых представителей, а также методика расчета необходимого количества страховых представителей не установлены.

**8.7.** Механизм контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи не предусматривает применение риск-ориентированного подхода при отборе случаев для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, что не способствует профилактике нарушений при оказании медицинской помощи.

Контроль объемов и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам по ОМС имеет потенциал для повышения эффективности.

**8.8.** Результаты экспертиз качества медицинской помощи неравномерны и зависят от эксперта качества, который осуществлял экспертизу.

**8.9.** Суды, рассматривая споры между ТФОМС, СМО и медицинскими организациями, применяют общие нормы гражданского законодательства, уменьшая размеры штрафных санкций к медицинским организациям, принимают решения в пользу медицинских организаций при оказании ими медицинской помощи непрофильными специалистами или привлеченными по гражданско-правовому договору врачами по отсутствующему в лицензии у медицинской организации профилю.

**8.10.** Выявлены диспропорции на региональном уровне при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

**8.11.** Результаты досудебной и судебной защиты свидетельствуют как о значительном проценте невозмещенных прав граждан, так и о низкой информированности граждан о своих правах, в случае если их обращения признаны необоснованными. Ведение ТФОМС и СМО мониторинга повторных обращений застрахованных лиц не предусмотрено. Единые подходы ТФОМС и СМО к отнесению спорных случаев к обоснованным и подлежащим рассмотрению в досудебном порядке не определены.

**8.12.** Недостатки в работе информационных систем ТФОМС, многочисленные технические ошибки медицинских организаций при работе в данных системах ограничивают возможность реализации прав застрахованных лиц в ряде субъектов. Кроме того, не все медицинские организации работают в информационных системах ТФОМС.

**8.13.** Типовым договором о финансовом обеспечении ОМС не предусмотрены права и обязанности страховой медицинской организации на организацию и оказание содействия в получении медицинской помощи застрахованным лицам, осуществляемые в том числе путем направления застрахованного лица для получения медицинской помощи, а также на госпитализацию.

**8.14.** Информирование граждан территориальными фондами ОМС о правах в системе ОМС в 2020 году не было направлено на профилактику нарушений прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

8.14.1. Отсутствует индивидуальный подход в информировании застрахованных лиц с учетом их половозрастных, социальных, медицинских характеристик, что в свою очередь негативно сказывается на охвате граждан профилактической медицинской помощью.

8.14.2. Реализация информационного сопровождения застрахованных лиц не охватывает все этапы оказания медпомощи, а также отмечается фрагментарностью охвата разных видов медицинской помощи и категорий застрахованных лиц.

**8.15.** Существующий набор данных в утвержденной форме отчетности № ЗПЗ не дает полноценной картины происходящего для принятия управленческих решений. Проверка корректности агрегируемых сведений на федеральном уровне недостаточна, что подтверждается результатами анализа.

## 9. Предложения (рекомендации)

С учетом изложенного Счетная палата Российской Федерации полагает целесообразным предложить:

**9.1.** Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России совместно с ФОМС, а также с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти до 30 декабря 2022 года:

- 1) Подготовить изменения в Федеральный закон № 326-ФЗ в части:
  - определения понятия системы защиты прав застрахованных лиц;
  - установления полномочия Федерального фонда по обеспечению прав застрахованных лиц, а также полномочий ФОМС по предоставлению застрахованному лицу достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти;
  - установления полномочия ТФОМС по предоставлению застрахованному лицу достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
  - наделения СМО правом по сопровождению, оказанию юридической, информационной и другой помощи при защите застрахованными лицами своих прав в сфере ОМС в судебном порядке в случае их обращения в СМО;

- 2) Подготовить изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации в части освобождения ТФОМС, а также граждан от уплаты государственной пошлины по делам, рассматриваемым Верховным Судом Российской Федерации в соответствии с гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации и законодательством об административном судопроизводстве, судами общей юрисдикции, мировыми судьями, по искам, связанным с нарушением прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

## 9.2. Минздраву России в срок до 30 декабря 2022 года:

- 1) внести изменения в Правила ОМС, предусматривая:
  - установление для постоянно или временно проживающих в Российской Федерации иностранных граждан, лиц без гражданства, а также лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», срока действия полиса ОМС до окончания срока правовых оснований нахождения застрахованного лица на территории Российской Федерации при условии предоставления МВД России информации об утрате вышеуказанными лицами соответствующего статуса;
  - способ направления информации застрахованному лицу или законному представителю о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС;
  - внесение изменений в пункт 60 в части установления обязанности застрахованных лиц уведомлять СМО об изменении таких контактных данных, как номер домашнего, служебного или мобильного телефонов, адреса электронной почты и иных данных, необходимых СМО для информационного сопровождения застрахованного лица;
  - внесение изменения в пункт 232 Правил ОМС в части размещения информации о медицинских организациях, в которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию, в составе ТППГ;
- 2) внести в типовой договор изменения, предусматривая ответственность медицинских организаций за неисполнение обязательств по предоставлению сведений, необходимых для информационного сопровождения застрахованных лиц и предусмотренных порядком информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, установленных Правилами ОМС;
- 3) внести изменения в Приказ Минздрава от 26 апреля 2012 г. № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача», дополнив его положениями, предусматривающими порядок содействия и замены лечащего врача руководителем медицинской организации в случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента.

### 9.3. Рекомендовать ФОМС в срок до 30 декабря 2022 года:

- утвердить форму заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации с учетом Правил ОМС, а также указанием мобильного телефона;
- обеспечить единообразное наполнение информации, размещаемой на официальных сайтах СМО, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- организовать сбор, обобщение и анализ данных, получаемых ТФОМС и СМО по результатам проводимых ими социологических опросов по вопросу информированности граждан о своих правах в сфере ОМС;
- внести изменения в Положение о координационном совете, установив механизм взаимодействия по результатам рассмотрения решений и информации координационного совета, а также в части уточнения субъектов ОМС, в отношении которых координационные советы обеспечивают реализацию задачи по обеспечению координации их деятельности;
- проработать вопрос о разработке критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями с учетом удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи, количества обоснованных жалоб застрахованных лиц, а также показателей оценки деятельности СМО в части защиты прав застрахованных лиц;
- разработать систему оценки эффективности деятельности страховых медицинских организаций, в том числе страховых представителей, а также методику расчета необходимого количества страховых представителей в медицинских организациях;
- установить критерии и порядок их применения при отборе случаев для проведения МЭЭ и ЭКМП с учетом риск-ориентированного подхода;
- актуализировать Методические рекомендации «По взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» с учетом их половозрастных, социальных, медицинских характеристик в целях диспансеризации и профосмотров;
- разработать и довести до ТФОМС и СМО рекомендации по осуществлению досудебной защиты прав застрахованных лиц;
- внести изменения в Форму ЗПЗ в части дополнения показателями, характеризующими организацию защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

