

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СОЦИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 368.9.06

Проблемы реализации гражданами права на выбор медицинской организации и лечащего врача по договорам оказания медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования

С. М. Ковалевский^{1,2}, А. А. Шманцарь², Н. Н. Тимофеева²

¹ Страховая компания «Газпром Страхование»,
Российская Федерация, 191124, Санкт-Петербург, пл. Растрелли, 2

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Российская Федерация, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Для цитирования: Ковалевский С. М., Шманцарь А. А., Тимофеева Н. Н. Проблемы реализации гражданами права на выбор медицинской организации и лечащего врача по договорам оказания медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2022. Т. 17. Вып. 2. С. 123–131. <https://doi.org/10.21638/spbu11.2022.205>

Статья посвящена анализу действующего законодательства и правоприменительной практики в вопросах применения законодательства о праве граждан на выбор медицинской организации и лечащего врача по договорам оказания платных медицинских услуг в сфере ДМС. Эффективность реализации права гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь во многом зависит от его возможности надлежащим образом воспользоваться правом выбора врача и медицинской организации. Нормы федерального закона регламентируют порядок выбора врача и медицинской организации только при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, поэтому при реализации права на выбор медицинской организации и лечащего врача по договорам оказания платных медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования и в рамках добровольного медицинского страхования граждане могут столкнуться с практическими проблемами. При оказании платных медицинских услуг в рамках программ добровольного страхования действует правило о том, что пациент имеет

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2022

право на выбор врача с учетом его согласия. Услуга по выбору врача по договорам об оказании платных медицинских услуг является дополнительной сервисной услугой.

Ключевые слова: медицинская помощь, добровольное медицинское страхование, медицинская организация, пациент, право на выбор медицинской организации, право на выбор врача.

Сегодня пациенты все чаще реализуют право на защиту своих интересов как потребителей медицинских услуг. В течение последних лет возникало много спорных ситуаций в этой сфере деятельности. Сюда относятся споры, рассматриваемые в судебном порядке, досудебные процедуры урегулирования конфликтных ситуаций, претензионный порядок разрешения конфликтов. Причем существенная доля так называемых «медицинских» исков обращена к стоматологическим клиникам, а также к медицинским организациям, оказывающих услуги хирургического профиля. Это обусловлено тем, что при их оказании всегда очевиден материальный результат (например, установили зубной протез или удалили женские репродуктивные органы).

Эффективность реализации права гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь во многом зависит от его возможности надлежащим образом воспользоваться правом выбора врача и медицинской организации. Действующее законодательство в отличие от прежних норм содержит нормативные положения, подробно регламентирующие механизм выбора лечебного учреждения и медицинского специалиста. Данному вопросу посвящены статья 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон об охране здоровья), регламентирующая право гражданина на выбор медицинской организации, и статья 70 этого закона, регулирующая право гражданина на выбор. Исходя из указанной нормы, право на выбор врача и медицинской организации можно реализовать в общем и специальном порядке.

Вместе с тем вышеприведенные нормы Закона об охране здоровья регламентируют порядок выбора врача и медицинской организации только при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе, программ базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования. В связи с этим в настоящей статье проблемы реализации гражданами права на выбор медицинской организации и лечащего врача по договорам оказания медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования и в рамках добровольного медицинского страхования будут рассмотрены отдельно.

Проблемы реализации права в рамках обязательного медицинского страхования

Статьей 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлено право застрахованного на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, и право на выбор врача в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья.

Основным нормативным актом в сфере охраны здоровья, регулирующим право граждан на выбор медицинской организации и врача, является Федеральный

закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 21 данного закона устанавливает, что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

В п. 2 этой статьи установлено, что для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Порядок выбора гражданином медицинской организации для оказания ему медицинской помощи установлен Приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля г. 2012 № 406н. Порядок выбора медицинской организации за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, регулируется Приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1342н.

Приказом № 406н, однако, не установлен порядок выбора гражданином врача в выбранной медицинской организации. Там лишь указано, что медицинская организация знакомит гражданина с перечнем медицинских работников, количеством граждан, выбравших указанных работников, и сведениями о территориях, которые они обслуживают.

В Приказе № 1342н сказано, что после ознакомления с информацией о медицинских работниках гражданин подтверждает факт ознакомления посредством внесения записи в заявление и указания фамилии, имени и отчества (при наличии) выбранного врача. Представляется, что подобное положение должно содержаться и в Приказе № 406н. Также представляется необходимым указать сроки, в которые гражданин должен выбрать медицинского работника, и внести об этом запись в заявление, а также сроки, в которые заявление должно быть удовлетворено. Это гарантировало бы для гражданина полноценную реализацию права на выбор врача, а также облегчило бы защиту его прав страховой медицинской организацией.

В п. 3 ст. 21 Закона об охране здоровья предусмотрено, что оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

- 1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;
- 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им для оказания ему первичной медико-санитарной помощи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

По смыслу п. 3 для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи гражданин имеет право обратиться не только в выбранную им для оказания первичной медико-санитарной помощи медицинскую организацию, но и в другую. Однако в системе обязательного медицинского страхования гражданин имеет право выбрать только ту медицинскую организацию, которая включена в ре-

есть медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. При этом в соответствии с п. 5 ст. 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Поскольку для оказания медицинской помощи гражданин может выбрать медицинскую организацию, находящуюся на большом расстоянии от места его проживания, то необходимо предоставить право на бесплатную транспортировку к выбранному медицинскому работнику в выбранную медицинскую организацию за счет средств обязательного медицинского страхования. Установление этого права необходимо для реализации принципа доступности медицинской помощи, предусмотренного ст. 10 Закона об охране здоровья.

Определенные правовые проблемы есть при реализации права пациента на замену лечащего врача, установленного ст. 70 Закона об охране здоровья. В соответствии с ней лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. В случае требования пациента заменить лечащего врача руководитель медицинской организации или ее подразделения должен содействовать выбору пациентом другого врача в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Порядок содействия выбору врача в случае требования пациентом его замены установлен Приказом Минздрава России от 26 апреля 2012 г. № 407н. В соответствии с ним в данном случае пациент обращается к руководителю медицинской организации или ее подразделения с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

По смыслу данного положения заявление о замене могут удовлетворить только при наличии определенных причин, но эти причины приказом или законом почему-то не установлены. Поскольку перечня причин нет, то удовлетворение просьбы пациента о замене лечащего врача происходит исключительно по усмотрению руководства медицинской организации. Это обстоятельство затрудняет или делает невозможным реализацию права граждан на замену лечащего врача.

Необходимо установить перечень причин для удовлетворения требования пациента о замене лечащего врача или перечень причин для отказа в удовлетворении данного требования. Также следует установить, что отказ должен быть мотивированным и обоснованным, при этом в случае возникновения спора обязанность доказать обоснованность отказа должна лежать на руководстве медицинской организации.

Проблемы реализации права в рамках программ добровольного медицинского страхования

С добровольным медицинским страхованием (ДМС) складывается иная ситуация. Согласно ч. 2 ст. 84 Закона об охране здоровья, услуги в рамках договоров ДМС относятся к числу платных медицинских услуг. По этой причине отношения

по оказанию услуг в рамках этих договоров регламентируются не только договорами ДМС, но и договорами на предоставление услуг по ДМС, заключенным между заказчиком (страховщиком) и медицинскими организациями (исполнителями). Следовательно, когда пациент направляется в клиники для оказания платных медицинских услуг в рамках программ ДМС, условия получения этих услуг и порядок предоставления доступа к ним по программам ДМС в силу положений ст. 309 Гражданского кодекса Российской Федерации определяются не только нормами законодательства, но и положениями договора ДМС, заключенного между страхователем и страховой медицинской организацией, а также положениями договора на предоставление медицинских услуг по ДМС, заключенного между страховой медицинской организацией и медучреждением. Таким образом, по программам ДМС врач мы выбираем, исключительно исходя из условий договора ДМС и договора на предоставление медицинских услуг по ДМС в силу гражданско-правового принципа свободы договора и добровольности его заключения. Таким образом, получается, что право на выбор врача и медицинской организации у пациента есть в любом случае, однако при получении медицинской помощи в рамках программ ДМС оно ограничивается соответствующими нормативами, а именно: статьей 21 Закона об охране здоровья и условиями договора ДМС и договора на предоставление медицинских услуг по ДМС.

Прежде всего следует рассмотреть правила выбора медицинской организации. Важным нововведением в данном вопросе стала дифференциация механизма выбора лечебного учреждения в зависимости от вида и формы оказания медицинской помощи. От указанных факторов может зависеть возможность самостоятельного обращения пациента в конкретное учреждение, а также период, в течение которого он правомочен обратиться в учреждение за бесплатной медицинской помощью.

По условиям договоров ДМС и договора на предоставление медицинских услуг по ДМС возможен выбор медицинской организации двумя способами:

а) застрахованное лицо самостоятельно выбирает медицинское учреждение из числа предусмотренных его программой ДМС и самостоятельно обращается в это учреждение при возникновении страхового случая (прямой доступ);

б) застрахованное лицо для предоставления ему медицинских услуг обращается на диспетчерский пульт страховой организации либо сервисной компании, которые осуществляют связь с медучреждением и в последующем согласуют конкретную дату, время и место оказания медицинской помощи (доступ через диспетчерский пульт).

Именно на качественном обслуживании застрахованных базируется возможность страховой компании перестраховать своих клиентов после окончания текущего договора страхования. По этой причине большинство страховых организаций в рамках договоров ДМС используют комбинированную модель обслуживания застрахованных лиц:

— первичные консультации предоставляют медучреждения, оказывающие амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, а также при необходимости оказания скорой медицинской помощи используется механизм прямого доступа;

— в остальных случаях доступ к медицинским услугам по программам ДМС осуществляется через диспетчерский пульт страховой организации либо сервисной компании.

Однако во всех этих случаях застрахованное лицо имеет право на выбор медицинских организаций соответствующего профиля только из числа тех, что указаны в его программе ДМС.

Вместе с тем нередко возникают ситуации, когда в населенном пункте, в котором проживает застрахованное лицо, отсутствует медицинское учреждение соответствующего профиля. Также у застрахованного могут возникнуть проблемы с получением медицинских услуг в медучреждении, указанном в его программе ДМС, и потому возникает необходимость направления застрахованного лица в медучреждение, которое оказывает аналогичные медицинские и связанные с ними сервисные услуги, но отсутствующее в программе застрахованного лица. В подобной ситуации не обойтись без согласования со стороны должностных лиц компании-страховщика, поскольку условия о программе ДМС — это существенное условие о характере события, на случай которого осуществляется страхование (пп. 2 п. 2 ст. 942 ГК РФ), которое может быть изменено лишь по соглашению всех сторон договора страхования.

Поэтому одним из важнейших составляющих в организации обслуживания по ДМС в страховой компании является именно работа круглосуточного медицинского диспетчерского пульта (контакт-центра), в чью компетенцию входит решение вопросов предоставления застрахованному доступа к медицинским и сервисным услугам в том или ином медицинском учреждении. Именно с сотрудниками последнего при возникновении страхового случая в первую очередь сталкивается застрахованный при обращении в страховую компанию. Компетентность и профессионализм диспетчеров (операторов) определяют первое впечатление от страховой компании, ими ставится предварительный диагноз, определяется общее направление дальнейшей диагностики и лечения и, как следствие, уменьшается объем проводимой медико-экономической экспертизы.

Функционирование всех подразделений страховой компании является сложным механизмом, где каждая служба взаимосвязана с другими. При этом прямая зависимость прослеживается между работой круглосуточного медицинского диспетчерского пульта и подразделением, занимающегося экспертизой качества и объемов медицинской помощи в рамках договоров на предоставление медицинских услуг по ДМС.

Законодательно закреплено, что правила выбора организации при оказании специализированной помощи распространяются на случаи оказания плановой помощи. Далее в ч. 5 ст. 21 Закона об охране здоровья уже без привязки к какому-либо виду медицинской помощи говорится, что медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с соблюдением установленных сроков ее предоставления. Означает ли это, что при возникновении дилеммы: соблюсти ли порядок выбора медицинской помощи или сроки оказания неотложной/экстренной медицинской помощи, предпочтение должно быть отдано срокам? Наш ответ на этот вопрос будет однозначно положительным, в том числе и потому, что этого требует реализация принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи.

Теперь перейдем к правовым проблемам реализации права пациента на выбор врача в рамках программ добровольного медицинского страхования.

Общие аспекты реализации пациентом права на выбор врача определены в ст. 21 и 70 Закона об охране здоровья. Согласно ч. 1 ст. 70, лечащий врач назнача-

ется руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. При этом в случае требования пациента заменить лечащего врача руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача.

Исходя из буквального толкования ч. 1 ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иных вышеприведенных норм законодательства, можно сделать вывод о том, что предусмотренное законом право пациента на выбор врача реализуется исключительно при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, но не при оказании медицинской помощи по договору возмездного оказания платных медицинских услуг. Согласно частям 2 и 3 ст. 3 Закона об охране здоровья:

— нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона;

— в случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона.

Согласно п. 14 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации № 1006 от 4 октября 2012 г., при заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

Это означает, что:

— нормы, касающиеся Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача, применяются исключительно в ситуациях, определенных ч. 1 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

— пациент имеет право исключительно на получение информации от медицинской организации (а не от страховщика) о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу, но не обладает правом требовать в императивном порядке ни от медицинской организации, ни от страховщика по добровольному медицинскому страхованию предоставления конкретного медицинского работника для оказания ему платных медицинских услуг.

Необходимо также отметить, что указанное право пациента не является безусловным, поскольку, согласно ч. 1 ст. 70 Закона об охране здоровья, лечащий врач назначается руководителем медицинской организации.

Согласно ст. 309 ГК РФ, обязательства исполняются в соответствии не только с законодательством, но и с условиями договора.

Поскольку, согласно ч. 2 ст. 84 Закона об охране здоровья, услуги в рамках договоров добровольного медицинского страхования относятся к числу платных медицинских услуг, отношения по оказанию услуг в рамках этих договоров регламентируются не только договорами добровольного медицинского страхования, но и договорами на предоставление услуг по ДМС, заключенным между заказчиком (страховщиком) и медицинскими организациями (исполнителями). Услуга по выбору врача по договорам об оказании платных медицинских услуг не входит в число медицинских услуг, перечисленных в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и является *дополнительной сервисной услугой*.

Вывод о том, что услуга по выбору врача в этом случае является сервисной, подтверждается судебной практикой:

— Постановлением Федерального арбитражного суда Дальневосточного округа от 3 мая 2011 г. № Ф03-1563/11 по делу № А04-4105/2010;

— Постановлением Шестого арбитражного апелляционного суда от 10 мая 2011 г. № 06АП-1412/11.

Это обусловлено тем, что условие договора о конкретном специалисте, оказывающем медицинскую услугу, может быть признано существенным условием договора на оказание платных медицинских услуг, поскольку от личности специалиста зависит размер платы за оказание медицинских услуг.

При таких обстоятельствах, как отмечает Л. Б. Ситдикова, взаимоотношения между пациентом и медицинской организацией должны быть юридически оформлены путем заключения договора об оказании медицинских услуг, который «является основным гражданско-правовым инструментом охраны прав граждан при получении ими медицинской помощи». Мы разделяем мнение Л. Б. Ситдиковой о том, что такой договорный порядок правоотношений преследует цель сохранения, поддержания и восстановления здоровья пациента и является определенной гарантией для сторон в случае возникновения спорных ситуаций [1, с. 28].

Кроме того, при оказании платных медицинских услуг в рамках программ ДМС действует правило, согласно которому пациент имеет право на выбор врача с учетом его согласия. Таким образом, при оказании медицинской помощи в рамках программ ДМС конкретного врача определяет медицинская организация, которая может обеспечить замену лечащего врача на иного специалиста, обладающего такими же должностным положением и квалификацией, как у заменяемого медицинского работника. В случае же, если застрахованное лицо хочет выбрать иного специалиста, обладающего более высокой квалификацией и должностным положением (например, заведующего отделением вместо обычного врача-специалиста или доктора медицинских наук вместо кандидата медицинских наук), пациент может реализовать свое право выбора только в случае, если это предусмотрено программой ДМС, а также в рамках отдельного договора на предоставления платных медицинских и/или сервисных услуг.

Литература/References

1. Sitdikova L. B. Specificities of concluding a medical service contract. *Sotsial'noe i pensionnoe pravo*, 2010, no. 4, pp. 27–30. (In Russian)

Статья поступила в редакцию 7 апреля 2022 г.;
рекомендована к печати 20 июня 2022 г.

Контактная информация:

Ковалевский Сергей Михайлович — канд. юрид. наук, доц.; trudovik@mail.ru
Шманцарь Антон Андреевич — ст. преп.; rivman@bk.ru
Тимофеева Наталья Николаевна — ст. преп.; natalja.timofeeva@gmail.com

The problems of realization of the patient's right to choose a medical organization and the doctor in contracts for the provision of medical services according to programs of compulsory and voluntary medical insurance

S. M. Kovalevsky^{1,2}, A. A. Shmantsar'², N. N. Timofeeva²

¹ Insurance company “Gazprom Strahkovanie”,
2, pl. Rastrelli, St Petersburg, 191124, Russian Federation

² St Petersburg State Pediatric Medical University,
2, ul. Litovskaya, St Petersburg, 194100, Russian Federation

For citation: Kovalevsky S. M., Shmantsar' A. A., Timofeeva N. N. The problems of realization of the patient's right to choose a medical organization and the doctor in contracts for the provision of medical services according to programs of compulsory and voluntary medical insurance. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*, 2022, vol. 17, issue 2, pp. 123–131.
<https://doi.org/10.21638/spbu11.2022.205> (In Russian)

The article analyses the current legislation and law enforcement practice on patient's right to choose a medical organization and to choose a doctor under contracts for the provision of paid medical services in the sphere of voluntary health insurance. The efficiency of the realization of patient's right to health protection and medical care largely depends on the opportunity to properly use the right to choose a doctor and medical organization. The norms of the federal law regulate the procedure for choosing a doctor and a medical organization only when providing medical care to a patient under the program of state guarantees of free provision of medical care to patients. Therefore, when exercising the right to choose a medical organization and a doctor under contracts for the provision of paid medical services within the framework of compulsory medical insurance and within the framework of voluntary medical insurance, patients may encounter practical problems. When providing paid medical services under voluntary health insurance programs, the patient according to the rules has the right to choose a doctor, taking into account his consent. The service of choosing a doctor under contracts for the provision of paid medical services is considered as an additional service.

Keywords: medical care, voluntary medical insurance, medical organization, patient, the right to choose a medical organization, the right to choose a doctor.

Received: April 7, 2022
Accepted: June 20, 2022

Authors' information:

Sergei M. Kovalevsky — PhD in Law, Associate Professor; trudovik@mail.ru
Anton A. Shmantsar' — Senior Lecturer; rivman@bk.ru
Natalia N. Timofeeva — Senior Lecturer; natalja.timofeeva@gmail.com