



Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Экономика. Управление. Право. 2021. Т. 21, вып. 2. С. 206–214
Izvestiya of Saratov University. Economics. Management. Law, 2021, vol. 21, iss. 2, pp. 206–214

Научная статья

УДК 342.7

<https://doi.org/10.18500/1994-2540-2021-21-2-206-214>

Проблема недостоверности информации в системе обязательного медицинского страхования в контексте реализации конституционного права на бесплатное оказание медицинской помощи



В. А. Фадеева

¹Саратовская государственная юридическая академия, Россия, 410056, г. Саратов, ул. Вольская, д. 1

²Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области, Россия, 410012, г. Саратов, просп. Кирова, д. 10, 12

Фадеева Вероника Алексеевна, кандидат юридических наук, ¹доцент кафедры конституционного права им. И. Е. Фарбера; ²заместитель начальника отдела правовой и кадровой работы, super.rra2012@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0792-9600>

Аннотация. Введение. Добавление в ГИС «Государственные услуги» раздела «Сведения о стоимости оказанных медицинских услуг» позволило гражданам Российской Федерации оперативно получать соответствующую информацию. Использование такой возможности застрахованными по обязательному медицинскому страхованию лицами в скором времени выявило наличие в выписках недостоверных сведений об оказанных медицинских услугах. В статье отстаивается позиция, основанная на нормативно-правовом анализе законодательства Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, согласно которой преодолеть обозначенную проблему можно путем внесения соответствующих изменений в нормативные документы, регламентирующие контрольные полномочия территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций. **Теоретический анализ.** Право на достоверную информацию закреплено в ряде нормативных правовых актов Российской Федерации, в том числе в нормативных правовых актах, регламентирующих бесплатное оказание медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Несмотря на актуальность вопросов, связанных с недостоверностью информации («медицинских приписок») в системе обязательного медицинского страхования, в настоящее время они остаются мало исследованными. **Эмпирический анализ.** Нарушение права на достоверную информацию при реализации гражданами конституционного права на бесплатную медицинскую помощь может быть выявлено как самими гражданами, так и в ходе контроля компетентных органов. В этой связи в статье анализируются контрольные полномочия территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций. **Результаты.** Итогом проведенного автором анализа проблемы недостоверности информации («медицинских приписок») в системе обязательного медицинского страхования являются предложения о совершенствовании: порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; применения санкций; информирования граждан о порядке защиты права на достоверную информацию в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: право на бесплатное получение медицинской помощи, достоверность информации в системе обязательного медицинского страхования

Для цитирования: Фадеева В. А. Проблема недостоверности информации в системе обязательного медицинского страхования в контексте реализации конституционного права на бесплатное оказание медицинской помощи // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Экономика. Управление. Право. 2021. Т. 21, вып. 2. С. 206–214. <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2021-21-2-206-214>

Статья опубликована на условиях лицензии Creative Commons Attribution License (CC-BY 4.0)

Article

<https://doi.org/10.18500/1994-2540-2021-21-2-206-214>

**The problem of unreliability of information in the system of compulsory medical insurance
in the context of the implementation of the constitutional right to free medical care**

V. A. Fadeeva

Saratov State Law Academy, 1 Volskaja St., Saratov 410056, Russia

Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of the Saratov Region, 10, 12 Kirov Ave., Saratov 410012, Russia

Veronika A. Fadeeva, super.rra2012@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0792-9600>



Abstract. Introduction. The addition of the section "Information on the cost of medical services rendered" to "Public Services", the state information system, allowed the citizens of the Russian Federation to receive relevant information promptly. This possibility soon exacerbated the problem of unreliability of information about the medical services provided to the insured persons under compulsory medical insurance. The article defends a position based on the legal analysis of the legislation of the Russian Federation in the sphere of compulsory medical insurance. According to this position, the problem can be overcome by appropriate changes in the regulatory documents governing the control powers of the territorial funds of compulsory medical insurance, health insurance organizations. **Theoretical analysis.** The right to reliable information is enshrined in a number of regulatory legal acts of the Russian Federation, the analysis of which allows us to investigate the problem of unreliability of information in the system of compulsory medical insurance ("medical prescriptions"). **Empirical analysis.** Identification of unreliability of information about the provided medical services can be carried out both by the insured persons under compulsory medical insurance and through the control of the competent authorities. In this regard, the article analyzes the control powers of the territorial funds of compulsory medical insurance, medical insurance organizations. **Results.** The result of the author's analysis of the problem of unreliability of information in the system of compulsory medical insurance ("medical attributions") is a proposal to improve the procedure for organizing and monitoring the volume, timing, quality and conditions of providing medical care for compulsory medical insurance.

Keywords: right to free medical care, reliability of information in the system of compulsory medical insurance

For citation: Fadeeva V. A. The problem of unreliability of information in the system of compulsory medical insurance in the context of the implementation of the constitutional right to free medical care. *Izvestiya of Saratov University. Economics. Management. Law*, 2021. vol. 21, iss. 2, pp. 206–214 (in Russian). <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2021-21-2-206-214>

This is an open access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License (CC-BY 4.0)

Введение

В 2014 г. граждане Российской Федерации получили возможность через ГИС «Государственные услуги» в короткий срок получать информацию об оказанных медицинских услугах за счет средств обязательного медицинского страхования. Реализовав свое право на доступ к указанному виду информации, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию лица столкнулись с проблемой достоверности полученных сведений. В сформированных с портала ГИС «Государственные услуги» справках зачастую присутствует информация о медицинских услугах, которые граждане не получали.

Вопросы по поводу достоверности сведений об оказанных медицинских услугах («медицинских приписках»), побуждающей граждан направлять соответствующие обращения в компетентные органы, обсуждаются на различных уровнях, но остаются не разрешенными до настоящего времени.

В этой связи проблема «медицинских приписок» является актуальной и должна решаться на основе теоретического анализа нормативных правовых актов, регулирующих право граждан на получение бесплатной медицинской помощи, права граждан на получение достоверной информации.

Теоретический анализ

Согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации [1], каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Права застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан на бесплатное получение медицинской помощи установлены в ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ) [2]. В соответствии с данной статьей застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая, получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

В соответствии с п. 236 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС) [3], информирование застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) по запросу, а также через официальные сайты при условии прохождения застрахованным лицом процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Кроме того, согласно российскому законодательству сведения об оказанной медицинской помощи относятся к персональным данным застрахованного лица.

В соответствии с п. 244 Правил ОМС [3] отображение информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) и в личном кабинете официального сайта и ее обновление обеспечи-



вается в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к обработке персональных данных.

Статьей 5 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» [4] определены принципы обработки персональных данных, один из которых заключается в том, что при обработке персональных данных должны быть обеспечены точность персональных данных, их достаточность, а в необходимых случаях и актуальность по отношению к целям обработки персональных данных. Оператор должен принимать необходимые меры либо обеспечивать их принятие по удалению или уточнению неполных или неточных данных.

Кроме того, ч. 6 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» [5] предусмотрен принцип достоверности информации и своевременности ее предоставления.

В Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы не раз упоминается необходимость получения, сохранения, производства и распространения именно достоверной информации, также в качестве целей формирования информационного пространства, основанного на знаниях, предусмотрены обеспечение прав граждан на объективную, достоверную, безопасную информацию и создание условий для удовлетворения их потребностей в постоянном развитии, получении качественных и достоверных сведений, новых компетенций, расширении кругозора [6].

С момента функционирования в ГИС «Государственные услуги» раздела «Сведения о стоимости оказанных медицинских услуг» в информационном пространстве четко обозначилась проблема «врачебных приписок». Застрахованные по обязательному медицинскому страхованию лица, получив соответствующие выписки, обнаружили в них информацию о медицинских услугах по обязательному медицинскому страхованию, которые они никогда не получали.

Недостоверность сведений об оказанных медицинских услугах в определенных ситуациях напрямую негативно влияет на реализацию гражданами конституционного права на бесплатное оказание медицинской помощи. Приведем конкретный пример. Согласно ч. 4 ст. 46 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее – Закон № 323-ФЗ) [7], диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки со-

стояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации. Частью 5 ст. 46 указанного Закона установлено, что диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

То есть диспансеризация согласно российскому законодательству проводится с определенной периодичностью. В случае если гражданину «припишут» в медицинской документации прохождение указанного комплекса медицинских мероприятий, то беспрепятственно реализовать свое право на бесплатное оказание медицинской помощи в виде прохождения диспансеризации в предусмотренный законом период он уже не сможет.

Несмотря на актуальность обозначенной темы, в научной литературе она остается недостаточно исследованной. Кроме того, проблему «медицинских приписок» поднимают чаще ученые-медики. Так, например, А. А. Старченко отмечает, что «судебно-медицинскими экспертами обнаружена высокая встречаемость в медицинской документации исправлений, приписок, ложных диагнозов, т.е. фактов сокрытия признаков ненадлежащего качества медицинской помощи, которые являются преступлением под названием “служебный подлог”» [8, с. 12].

Вместе с тем необходимо отметить, что в юридической науке, включая и такую ее отрасль, как информационное право, активно исследуется правовой режим недостоверной информации, в том числе в контексте одного из видов вредной информации, и актуальности надлежащей правовой защиты интересов личности, общества и государства в данной области [9, с. 704].

Общий теоретический анализ реализации принципа достоверности в функционировании государственных информационных систем исследован, например, Р. В. Амелиным, который отмечает, что обязанность обеспечить достоверность информации, размещаемой в государственных информационных системах, несет поставщик информации, и такая обязанность должна быть универсальной [10, с. 127].



Врачебные приписки («медицинские приписки») – это внесение в медицинскую документацию заведомо недостоверных сведений об оказанных по обязательному медицинскому страхованию лицу медицинских услугах.

Согласно приказу Минздрава Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта “Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении”» [11], медицинские документы – это специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг. В настоящее время существует большое количество форм медицинской документации, утвержденных профильным министерством Российской Федерации (например «Унифицированные формы медицинской документации, используемые в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»). Также сохраняются формы медицинской документации, утвержденные в СССР.

Проблема существования «медицинских приписок» имеет системный характер. Она актуальна как в Саратовской области, так и в других субъектах Российской Федерации.

Мотивы внесения недостоверной информации в медицинскую документацию известны. Медицинские организации стремятся неправомерно получить больше средств из территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Так, согласно п. 7 ст. 135 Закона № 326-ФЗ [2], структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя, помимо расходов на медицинские цели (приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов и др.), расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Все оконченные случаи лечения граждан вносятся в счета, которые в установленном

Закона № 326-ФЗ [2] порядке оплачиваются за счет средств обязательного медицинского страхования.

То есть неправомерное включение медицинской организацией в счета на оплату медицинской помощи медицинских услуг, которые застрахованные лица не получали, приводит к незаконному получению такой медицинской организацией денежных средств, которые она в соответствии с п. 7 ст. 135 Закона № 326-ФЗ [2] может потратить, например, на заработную плату.

Неправомерное получение средств из территориальных фондов обязательного медицинского страхования является серьезным экономическим правонарушением, отрицательно сказывающимся на финансировании бесплатной медицины в государстве.

При этом система обязательного медицинского страхования в России функционирует таким образом, что негативное влияние «медицинских приписок» на получение и качество необходимых медицинских услуг при реализации гражданами конституционного права на бесплатное оказание медицинской помощи сведено к минимуму (за исключением диспансеризации граждан). Оплата медицинской помощи застрахованным лицам осуществляется по факту законченного случая лечения и не предусматривает закрепленный объем финансирования на одного человека.

Другими словами, существующая проблема внесения недостоверных сведений об оказанных медицинских услугах в медицинскую документацию, счета на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования напрямую не ограничивает права граждан на получение бесплатной медицинской помощи в необходимых объемах, если речь при этом не идет о таком виде медицинской помощи, как диспансеризация.

Кроме того, приписываемые гражданам медицинские услуги в большинстве случаев имеют невысокий тариф. Так, например, на территории Саратовской области одной из распространенных «медицинских приписок» является диагностирование ОРВИ. Очевидно, что наличие в истории болезни подобных недостоверных данных не повлияет на принятие врачом неверного решения при диагностировании и дальнейшем лечении пациента в случае выявления у него серьезного заболевания.

Проблемы финансирования бесплатной медицины, экономические правонарушения в системе обязательного медицинского страхования, безусловно, негативно сказываются в целом на развитии медицинской сферы российского общества. Но при этом недостоверная инфор-



мация об оказанных медицинских услугах в отношении отдельно взятого гражданина – это самостоятельные правонарушения, ответственность за которые предусмотрена как уголовным и административным правом, так и нормами права в области обязательного медицинского страхования.

Наличие в ГИС «Государственные услуги» «медицинских приписок» – это грубое нарушение права граждан на достоверную информацию, которое при определенных условиях влечет за собой ряд негативных последствий при реализации ими конституционного права на бесплатное оказание медицинской помощи.

Так, помимо внесения ложных данных в медицинские счета, медицинские работники с целью скрыть правонарушения от контролирующих органов вносят такие данные также в первичную медицинскую документацию (медицинскую книжку) пациента, а в иных случаях просто уничтожают ее. В последнем случае нарушается право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, предусмотренное ст. 22 Закона № 323-ФЗ [7], так как он не сможет непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья.

Стремление медицинских организаций и их работников неправомерно получить денежные средства путем внесения недостоверных сведений в медицинскую документацию, счета на оплату медицинской помощи, кроме прямого нарушения права застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц на получение достоверной информации об оказанной медицинской помощи, нарушает также принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи (п. 1 ч. 1 ст. 6 Закона № 323-ФЗ), реализующийся в том числе путем соблюдения этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации.

Эмпирический анализ

За защитой нарушенного права на получение достоверной информации об оказанных медицинских услугах застрахованные лица в каждом конкретном случае могут обращаться в страховые медицинские организации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а также в правоохранительные органы.

Однако для системного решения обозначенной проблемы необходимо принятие мер, которые на уровне нормативного регулирования ужесточили бы ответственность в системе обязательного медицинского страхования для

медицинских организаций в случае нарушения ими права застрахованного лица на получение достоверной информации об оказанной медицинской помощи.

Контрольные функции в системе обязательного медицинского страхования по отношению к медицинским организациям выполняют Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации.

Так, контрольные мероприятия в сфере обязательного медицинского страхования подробно регламентированы Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 (далее – Порядок контроля) [12].

Также в Порядке контроля определены дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации (разд. 4), в случае выявления которых к медицинской организации применяются санкции, установленные тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию. К перечню дефектов отнесены в том числе: непредоставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин; наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания); включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.

Для детального рассмотрения санкций в системе обязательного медицинского страхования обратимся, например, к тексту Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 15.01.2021. Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, применяемых к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, изложен в приложении № 20 к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 15.01.2021 [13].



Санкция состоит из двух элементов: размер неоплаты/неполной оплаты и размер штрафа, применяемых к медицинской организации.

Например, за непредоставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин к медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Саратовской области, размер неоплаты – 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, штраф – 100% размера подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного Тарифным соглашением (подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленного Тарифным соглашением; подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с территориальной программой).

Поясним применение вышеуказанной санкции на конкретном примере. Гражданин, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию на территории Саратовской области, в сформированной в ГИС «Государственные услуги» выписке «Сведения о стоимости оказанных медицинских услуг» обнаружил информацию об оказанной ему медицинской помощи в 2020 г. за лечебно-диагностический вид посещения поликлиники по диагнозу цервикалгия стоимостью 1053,56 руб. У гражданина указанного диагноза никогда не было, поликлинику он в 2020 г. не посещал. За защитой своего нарушенного права на достоверную информацию при оказании бесплатной медицинской помощи гражданин обратился в страховую медицинскую организацию, в которой он застрахован по обязательному медицинскому страхованию. По результатам проведенной страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы медицинская организация не предоставила медицинскую документацию (медицинскую книжку) гражданина без объективных причин. За непредоставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин приписанный в счет случая оказания медицинской помощи по диагнозу цервикалгия снят с оплаты (1053,56 руб.), к поликлинике применен штраф в размере 264,56 руб.

Из приведенного примера видно, что при перечислении в денежный эквивалент установленные системой обязательного медицинского страхования штрафные санкции невелики.

Кроме того, Порядком контроля определено, что плановая медико-экономическая экспертиза проводится по принятым к оплате случаям оказания застрахованному лицу медицинской помощи, отобранным либо методом случайной выборки, либо по тематически однородной совокупности случаев (п. 19) [12]. К тому же объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи согласно п. 23 Порядка контроля составляет относительно всех принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи весьма небольшой процент:

- 1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 3%;
- 2) при оказании медицинской помощи амбулаторно – 0,8%;
- 3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – 8%;
- 4) при оказании медицинской помощи стационарно – 8%.

К примеру, если медицинской организацией поданы к оплате за месяц медицинские счета в отношении 2000 застрахованных лиц (100%), то подвергнуты экспертному контролю случаев оказания медицинской помощи амбулаторно (в поликлинике) будут всего 16, в дневном стационаре и стационаре по 160. Сведения об оказанной медицинской помощи в отношении оставшихся непроверенных случаев могут также содержать недостоверную информацию, а следовательно, нарушать соответствующее право застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц.

Таким образом, штрафные санкции за нарушения медицинских организаций невелики, а экспертный контроль осуществляется зачастую методом выборки и затрагивает небольшой процент от всех случаев оказания медицинской помощи в медицинской организации за предусмотренный отчетный период. При таких обстоятельствах проблему «медицинских приписок» в системе обязательного медицинского страхования не искоренить.

В этой связи с целью защиты права граждан на получение достоверной информации об оказанной медицинской помощи необходимо увеличение размера штрафных санкций за выявленные в ходе контрольных мероприятий дефекты оформления медицинской документации. Кроме того, при выявлении «медицинских приписок» в конкретной медицинской организации необходимо подвергать экспертному контролю 100% случаев оказания медицинской помощи за отчетный период.

Предоставление возможности обнаружить застрахованным по обязательному медицин-



скому страхованию лицам недостоверной информации об оказанных медицинских услугах способствует выявлению факта неправомерного использования денежных средств медицинскими организациями, т.е. функционирование в ГИС «Государственные услуги» раздела «Сведения об оказанных медицинских услугах» играет позитивную роль для обнаружения экономических правонарушений в системе обязательного медицинского страхования.

Однако активность самих граждан в вопросе защиты своего права на достоверную информацию об оказанных медицинских услугах в системе обязательного медицинского страхования относительно невелика. Так, за 2020 г. доля обращений граждан, жалующихся на «медицинские приписки», поступивших в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области, составила лишь 4% от всего количества поступивших обращений.

Повысить инициативность застрахованных лиц в вопросе защиты своего права на достоверную информацию в системе обязательного медицинского страхования возможно посредством их специального информирования.

Согласно п.п. 7 п. 231 Правил ОМС, страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям, путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (страховых представителей) о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании принятых от медицинских организаций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь).

В связи с этим Федеральному фонду обязательного медицинского страхования необходимо разработать методические рекомендации по информированию граждан в вопросе защиты права на достоверную информацию в системе обязательного медицинского страхования. Например, можно рекомендовать уполномоченным лицам страховой медицинской организации при осуществлении оформления полисов ОМС информировать граждан о порядке получения сведений об оказанных медицинских услугах, порядке защиты права на достоверную информацию в системе обязательного медицинского страхования при выявлении «медицинских приписок».

Таким образом, самым серьезным последствием существования проблемы «медицинских приписок» для граждан является нарушение их права на достоверную информацию. Для его защиты необходимо, во-первых, совершенствование нормативного регулирования ответственности в системе обязательного медицинского страхования, а во-вторых, принятие мер, способствующих повышению активной гражданской позиции самих граждан в рассматриваемом вопросе. Работа в указанном направлении способствует существенному сокращению экономических правонарушений в системе обязательного медицинского страхования, нивелирует проблему недостоверности сведений об оказанных медицинских услугах.

Результаты

Конституционное право на бесплатное оказание медицинской помощи сопряжено с правом граждан на получение достоверной информации об оказанных медицинских услугах. Информация о медицинских услугах, которые гражданин получил в медицинских организациях, осуществляющих свою работу в системе обязательного медицинского страхования, представлена в разделе «Сведения о стоимости оказанных медицинских услуг» ГИС «Государственные услуги» и, по сути, представляет собой историю болезни, с которой можно ознакомиться оперативно, не посещая медицинскую организацию. Сведения об оказанных бесплатных медицинских услугах должны быть идентичны информации, содержащейся в первичной медицинской документации («медицинской книжке») застрахованного по обязательному медицинскому страхованию лица.

Для своевременного выявления недостоверной информации в системе обязательного медицинского страхования («медицинских приписок»), защиты права на достоверную информацию об оказанных медицинских услугах необходим комплекс эффективных мер. К таковым следует отнести увеличение размера санкций, применяемых к медицинским организациям, а также внесение изменения в Порядок контроля [12] в части увеличения объема (до 100%) случаев оказания медицинской помощи, подвергаемых экспертному контролю в случае выявления подобного нарушения.

Кроме того, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования необходимо разработать методические рекомендации для страховых медицинских организаций по специальному информированию граждан в вопросе защиты права на достоверную информацию в системе обязательного медицинского страхования.



Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 14.03.2020 № 1-ФКЗ) // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2014. № 31, ст. 4398 ; 2020. № 11, ст. 1416.
2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 08.12.2020) // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2010. № 49, ст. 6422.
3. Правила обязательного медицинского страхования : утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н // Российская газета. 2019. 17 мая.
4. О персональных данных : федер. закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2006. № 31 (ч. 1), ст. 3451.
5. Об информации, информационных технологиях и о защите информации : федер. закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2006. № 31 (ч. 1), ст. 3448.
6. Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы : указ Президента РФ от 09.05.2017 № 203. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41919> (дата обращения: 01.01.2021).
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 48, ст. 6724.
8. Старченко А. А. Медицинская экспертиза в системе ОМС – необходимая обратная связь в общественном организме здравоохранения России // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 1. С. 10–13.
9. Куликова С. А. Недостоверная информация как один из видов вредной информации : анализ правовой природы и систематизация // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия : Экономика. Управление. Право. 2013. Т. 13, № 4, ч. 2. С. 703–711.
10. Амелин Р. В. Государственные и муниципальные информационные системы в российском информационном праве : теоретико-правовой анализ / под ред. С. Е. Чаннова. М. : Гросс-Медиа, 2018. 320 с.
11. О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» : приказ Минздрава Российской Федерации от 22.01.2001 № 12. Доступ из прав.-правовой системы «КонсультантПлюс».
12. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 01.01.2021).
13. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 15.01.2021. URL: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=32280> (дата обращения: 06.04.2021).

References

1. The Constitution of the Russian Federation (adopted by the popular vote of 12.12.1993) (amended by Federal Constitutional Law 6-FKZ of 30.12.2008, Federal Constitutional Law 7-FKZ of 30.12.2008, Federal Constitutional Law 2-FKZ of 05.02.2014, Federal Constitutional Law 11-FKZ of 21.07.2014, Federal Constitutional Law 1-FKZ of 14.03.2020). *Sobranie zakonodatel'stva RF* [Collection of Laws of the Russian Federation], 2014, no. 31, art. 4398; 2020, no. 11, art. 1416 (in Russian).
2. On Compulsory Health Insurance in the Russian Federation. Federal Law 326-FZ of 29.11.2010 (an edition of 08.12.2020). *Sobranie zakonodatel'stva RF* [Collection of Law of the Russian Federation], 2010, no. 49, art. 6422 (in Russian).
3. Rules of compulsory medical insurance, approved by the order of the Ministry of Health of the Russian Federation no. 108n of 28.02.2019. *Rossiiskaya gazeta* [The Russian newspaper], 2019, 17 May (in Russian).
4. On Personal Data. Federal Law 152-FZ of 27.07.2006. *Sobranie zakonodatel'stva RF* [Collection of Law of the Russian Federation], 2006, no. 31 (pt. 1), art. 3451 (in Russian).
5. On Information, Information Technologies and Information Protection. Federal Law 149-FZ of 27.07.2006. *Sobranie zakonodatel'stva RF* [Collection of Law of the Russian Federation], 2006, no. 31 (pt. 1), art. 3448 (in Russian).
6. Strategy for the Development of the Information Society in the Russian Federation for 2017–2030. Decree of the President of the Russian Federation no. 203 of 09.05.2017. Available at: URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41919> (accessed 1 January 2021) (in Russian).
7. On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation. Federal Law 323-FZ of 21.11.2011. *Sobranie zakonodatel'stva RF* [Collection of Law of the Russian Federation], 2011, no. 48, art. 6724 (in Russian).
8. Starchenko A. A. Medical care examination within the OMI system is a relevant feedback in the social organism of the Russian healthcare. *Vestnik Roszdravnadzora*, 2016, no. 1, pp. 10–13 (in Russian).
9. Kulikova S. A. Misleading information as a type of harmful information: Analysis of legal nature and systematization *Izvestiya of Saratov University. New series. Series: Economics. Management. Law*, 2013, vol. 13, no. 4, pt. 2, pp. 703–711 (in Russian).



10. Amelin R. V. *Gosudarstvennye i munitsipal'nye informatsionnye sistemy v rossiyskom informatsionnom prave: teoretiko-pravovoy analiz* [State and Municipal Information Systems in the Russian Information Law: Theoretical and Legal Analysis]. Moscow, Gross-Media Publ., 2018. 320 p. (in Russian).
11. On the introduction of the industry standard "Terms and definitions of the standardization system in healthcare". Order of the Ministry of Health of the Russian Federation no. 12 of 22.01.2001. *АТР «Consultant»* [electronic resource] (in Russian).
12. The procedure for organizing and conducting control of the volume, timing, quality and conditions of providing medical care for mandatory medical insurance, approved by the order of the Federal Fund for Mandatory Medical Insurance no. 36 of 28.02.2019. Available at: <http://www.pravo.gov.ru> (accessed 1 January 2021) (in Russian).
13. Tariff agreement on compulsory medical insurance in the Saratov region of 15.01.2021. Available at: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=32280> (accessed 1 January 2021) (in Russian).

Поступила в редакцию 10.01.2021, после рецензирования 25.01.2021, принята к публикации 01.02.2021

Received 10.01.2021, revised 25.01.2021, accepted 01.02.2021