3. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ [ред. от 31.07.2020] // Собрание законодательства РФ. – 1994. – N 32. – Ст. 3301.
4. Гражданское право: Учебник / О.В. Гутников, А.С. Гутникова, С.Д. Радченко и др.; под ред. О.Н. Садикова. – М.: КОНТРАКТ, ИНФРА-М, 2006. – Т. I. – 493 с.
5. Борисов А.Н. Защита от принудительной ликвидации юридического лица по искам государственных органов. – М.: Юстицинформ, 2007. – 272 с.
6. Добровинская А.В. О мерах гражданско-правовой ответственности за нарушение законодательства о защите конкуренции // Журнал предпринимательского и корпоративного права. – 2019. – № 3. – С. 54 - 59.
7. Бруско Б.С. Категория защиты в российском конкурсном праве. – М.: Волтерс Клувер, 2006. – 200 с.
8. Шишмарева Т.П. Основания и условия привлечения к субсидиарной ответственности контролирующих должника и иных лиц в процедурах несостоятельности (банкротства) // Законы России: опыт, анализ, практика. – 2018. – № 7. – С. 3 - 8.
9. Постановление Правительства РФ от 1 октября 2020 г. № 1587 «О продлении срока действия моратория на возбуждение дел о банкротстве по заявлению кредиторов в отношении отдельных должников» // СПС «Консультант-Плюс».

Мошин А.М.

**Проблемы оказания медицинской помощи сверх объема, установленного
территориальной программой обязательного медицинского страхования**

*ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М. В.
Ломоносова»
(Россия, Архангельск)*

doi: 10.18411/lj-11-2020-235

idsp: ljjournal-11-2020-235

Аннотация

В статье рассматриваются правовые основы и законодательные проблемы распределения объемов оказания медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования. Рассматривается проблема противоречия законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в сфере распределения объемов оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, территориальный фонд, медицинская помощь, объем медицинской помощи, финансовое обеспечение.

Abstract

The article deals with the legal framework and legislative problems of distribution of health care volumes for the territorial program of compulsory health insurance. The problem of conflicts of legislation in the field of compulsory health insurance in the area of distribution of the volumes of medical care.

Keywords: compulsory medical insurance, territorial fund, medical assistance, volume of medical assistance, financial support.

В соответствии со ст. 37 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1] (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования: договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Согласно ч. 19 ст. 38 и ч. 11 ст. 39 Федерального закона № 326-ФЗ договоры между участниками ОМС заключаются по формам типовых договоров, утвержденных федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным

органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

В соответствии со ст. 38 Федерального закона № 326-ФЗ и руководствуясь типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н [2], между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской компанией заключается договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – договор).

Согласно п. 2.11 договора, заключенного на основании вышеуказанного приказа страховая медицинская организация обязывается направлять целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта (далее – Комиссии) по согласованным тарифам с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Согласно п. 1 ч. 1 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС.

Частью 1 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемый между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС), должен соответствовать типовой форме, утверждённой приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н [3].

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС (ч. 2 ст. 39 Федерального закона № 326-ФЗ).

В п. 4.1 договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, закрепляется обязанность ответчика оплачивать медицинскую помощь в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС.

Одновременно с этим стороны в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в п. 2.3 устанавливают условие о том, что страховая медицинская организация вправе применять санкции в соответствии со ст. 41 Федерального закона № 326-ФЗ.

Статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

Согласно п. 5.3.2 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи, являющегося приложением № 8 к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 [4], предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС является основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, п. 110 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС) [5], и п. 4.1 типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н [3], установлено, что оплата медицинской помощи осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

В соответствии с п. 20 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение № 1 к Правилам ОМС), решения, принимаемые комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников ОМС на территории субъекта Российской Федерации.

Таким образом, объем предоставления медицинской помощи устанавливается решением Комиссии, которое является обязательными для всех участников ОМС.

Пунктом 4.3 договора предусмотрена обязанность страховой медицинской организации проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе посредством проведения медико-экономического контроля, в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 [4].

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи согласно ч. 2 ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ.

Из оплаты исключаются расходы медицинской организации, связанные с оказанием застрахованным лицам медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии.

По своей правовой природе договор является договором возмездного оказания услуг. Согласно ст.ст. 779, 781 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги, а заказчик обязуется оплатить эти услуги в сроки и в порядке, указанные в договоре, а в соответствии со ст.ст. 309, 310 ГК РФ обязательства должны исполняться надлежащим образом и односторонний отказ от исполнения обязательства и одностороннее изменение его условий не допускаются.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 6 Федерального закона № 326-ФЗ реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования, соответствующей единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется в пределах и за счет субвенции, предоставленной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету территориального фонда ОМС на обеспечение гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Согласно ч. 11 ст. 36 Федерального закона № 326-ФЗ стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда.

Оплата медицинской помощи, оказанной сверх объема, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, несет в себе риски разбалансированности финансовой системы ОМС.

Согласно положениям п. 3 ч. 4 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь оказывается в плановой форме в том случае, когда заболевание не сопровождается угрозой жизни пациента, и отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании плановой первичной медико-санитарной помощи допускается очередность на проведение плановых консультаций врачей-специалистов с длительностью ожидания не более 14 календарных дней со дня обращения.

В том случае, если установленный срок ожидания истекает в следующем за годом обращения году, то и медицинские услуги могли быть оказаны в следующем отчетном периоде. При таких обстоятельствах принятие решения об оказании медицинской помощи в другом временном периоде не повлекло бы нарушения прав застрахованных лиц, так как по своей сути является не отказом в оказании медицинской помощи (ч. 1 ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ), а лишь отсрочкой в её оказании.

Однако, вышеуказанные правовые нормы фактически не работают, так как в соответствии с определением Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 18.10.2018 № 308-ЭС18-8218 [6] фактически нивелировал решения Комиссии по распределению объемов оказания медицинской помощи и указал, что исходя из части 5 статьи 15 Федеральный закон № 326-ФЗ, медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, что представляет собой гарантию своевременного оказания бесплатной медицинской помощи; возможность оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования не ставится в зависимость от запланированного общего объема таких услуг и превышения распределенного объема предоставления медицинской помощи.

Из положений п. 1 ст. 38, п. 2 ст. 39 Федеральный закон № 326-ФЗ не следует, что фактическое оказание медицинской помощи сверх установленного в договоре со страховой организацией объема освобождает страховую медицинскую организацию от исполнения обязательств по оплате оказанной медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС и перечнем территориальной программы ОМС, а медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи.

Таким образом, мы можем видеть, как недостаточная проработка механизма оплаты, производимой по программе ОМС, ставит медицинские организации в невыгодное положение, так как следуя нормам закона медицинская организация обязана оказывать медицинскую помощь застрахованным лицам в любом необходимом объеме, но при данном трактовании закона медицинская помощь, оказанная сверх

установленного решением Комиссии объёма медицинской помощи, оплачивается фактически за счет средств медицинской организации.

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования: приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию: приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию: приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования: приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 18.10.2018 № 308-ЭС18-8218 по делу № А15-6379/2016 [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Мусабинова Д.А.

**Субсидиарная ответственность при банкротстве как разновидность
квазиделиктной юридической ответственности**

*Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации
(Россия, Москва)*

doi: 10.18411/lj-11-2020-236

idsp: ljjournal-11-2020-236

Аннотация

Представленная статья направлена на рассмотрение правовой природы такого специфического института как субсидиарная ответственность при банкротстве. Отмечается трансформация нормативного массива в сфере установления данного института. Обращается внимание на современные тенденции определения существа и правовой природы субсидиарной ответственности при банкротстве. Поддерживается точка зрения об изучаемой ответственности как виде квазиделиктной ответственности.

Ключевые слова: субсидиарная ответственность, банкротство, правовая природа.

Abstract

This article is aimed at considering the legal nature of such a specific institution as subsidiary liability in bankruptcy. The transformation of the normative array in the field of establishing this institution is noted. Attention is drawn to current trends in determining the essence and legal nature of subsidiary liability in bankruptcy. The point of view of the studied responsibility as a type of organizational quasi-exclusive responsibility is supported.

Keywords: subsidiary responsibility, bankruptcy, legal essence.

Современный оборот уже «смирился» с перманентным применением к нерадивым хозяйствующим субъектам процедур банкротства. Идеальным итогом (помимо восстановления платежеспособности должника) является справедливое и как можно более полное удовлетворение требований кредиторов. Однако, учитывая опыт практического применения указанного института, уместно констатировать наличие