Методические рекомендации
по защите прав застрахованных лиц в досудебном и в судебном порядке, связанных с их законными интересами в сфере обязательного медицинского страхования

Оглавление

I. Введение 3

II. Термины и определения, применяемые в Рекомендациях 3

III. Общие положения 5

IV. Рассмотрение устных обращений граждан 6

VI. Осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию 9

VII. Ответственность медицинской организации за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи 11

VIII. Основания для предъявления претензии и (или) иска о возмещении ущерба при оказании медицинской помощи 11

IX. Размер причиненного ущерба 12

X. Способы защиты прав застрахованных лиц в претензионно-исковом порядке 12

XI. Рассмотрение споров в суде 13

XII. Заключительные положения 14

I. Введение

1.1. Настоящие Методические рекомендации (далее – Рекомендации) разработаны в целях реализации положений:

Конституции Российской Федерации;

Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации (далее – Федеральный закон № 59-ФЗ);

Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон № 152-ФЗ);

Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);

Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС);

Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок);

Порядка информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздрава России от 08.04.2021 № 317н (далее – Порядок информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях).

1.2. Рекомендации носят разъяснительный характер и не являются нормативным правовым актом.

II. Термины и определения, применяемые в Рекомендациях

2.1. Обращение гражданина (далее – обращение) – направленные в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в письменной форме или в форме электронного документа, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее – Единый портал), предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение гражданина в государственный орган, орган местного самоуправления.

2.2. Заявление – просьба гражданина о содействии в реализации его конституционных прав и свобод или конституционных прав и свобод других лиц, либо сообщение о нарушении законов и иных нормативных правовых актов, недостатках в работе государственных органов, органов местного самоуправления и должностных лиц, либо критика деятельности указанных органов и должностных лиц.

.

2.3. Жалоба – просьба гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц.

2.4. Должностное лицо – лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя территориального фонда ОМС (далее – территориальный фонд), страховой медицинской организации либо выполняющее организационно-распорядительные функции в территориальном фонде, страховой медицинской организации, а также представители медицинских организаций сферы обязательного медицинского страхования.

2.5. Обоснованная жалоба просьба гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав или законных интересов либо прав или законных интересов других лиц, в результате рассмотрения которой подтверждены указанные в ней факты и/или иные нарушения, удовлетворены требования заявителя и/или приняты меры к восстановлению прав и законных интересов застрахованного лица.

2.6. Ущерб – материальный ущерб, вред жизни, здоровью застрахованного лица, а также моральный вред.

2.7. Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.

2.8. Представитель застрахованного лица (далее – представитель) – законный представитель или представитель по доверенности, оформленной в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (далее - ГК РФ).

2.9. Обязанности медицинской организации – действия медицинской организации в отношении застрахованных лиц, предусмотренные законодательством Российской Федерации и условиями договоров в сфере ОМС.

2.10. Обязанности страховой медицинской организации – предусмотренные законодательством Российской Федерации и условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

2.11. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового

обеспечения – мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены программами ОМС, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы, в том числе в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

III. Общие положения

3.1. Настоящие Рекомендации определяют правила и процедуру реализации мероприятий, направленных на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС, и возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств по оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2. Целью настоящих Рекомендаций является регулирование мероприятий, направленных защиту прав и соблюдение законных интересов застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в соответствии с программами ОМС, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также в соответствии с объемами, сроками и условиями ее предоставления в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС.

3.3. Основными задачами при осуществлении мероприятий, направленных на реализацию прав и законных интересов застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего качества, являются:

1) обеспечение контроля за доступностью и качеством медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в порядке и на условиях, предусмотренных действующим в системе ОМС законодательством;

2) организация осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения;

3) соблюдение врачебной тайны;

4) привлечение к ответственности медицинской организации в случаях нарушения ими прав застрахованных лиц в сфере ОМС;

5) обеспечение информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

3.4. Основными мероприятиями по защите прав застрахованных лиц являются:

1) Рассмотрение устных обращений граждан;

2) Рассмотрение письменных обращений граждан;

3) Осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам;

4) Оказание правовой помощи и подготовка требований о возмещении вреда застрахованному лицу к медицинской организации в досудебном порядке (при наличии соответствующего обращения застрахованного лица либо его представителя);

5) Содействие и оказание консультаций при подготовке исковых требований (претензий) к медицинской организации застрахованным лицом в судебном порядке (при наличии соответствующего обращения застрахованного лица, либо его представителя);

6) Представление интересов застрахованного лица в суде (при наличии соответствующего обращения застрахованного лица либо его представителя);

7) Обращение в правоохранительные и/или контролирующие органы (при наличии соответствующих оснований).

IV. Рассмотрение устных обращений граждан

4.1. Поступающие в территориальный фонд и (или) страховую медицинскую организацию устные обращения граждан рассматриваются в соответствии с Федеральным законом № 59-ФЗ.

4.2. Поступающие устные обращения граждан регистрируются в Электронном журнале обращений граждан (далее – Электронный журнал) согласно Методическим рекомендациям по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи[1].

4.3. Учет поступивших устных обращений ведется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Общие принципы), а также обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее - сопровождение застрахованных лиц).

4.4. При обращении гражданина в контакт-центр («Горячая линия») территориального фонда оператор 1 уровня регистрирует обращение в Электронном журнале в установленном порядке и самостоятельно отвечает на вопросы, носящие справочный характер (типовые вопросы).

4.5. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, а также при

[1] письмо Федерального фонда от 26.02.2021 № 00-10-30-04/1101

необходимости привлечения специалиста более высокой квалификации для ответов на поставленные вопросы оператор 1 уровня производит переадресацию обращения застрахованного лица к оператору 2 уровня по классификации вопроса или страховому представителю 2 уровня.

4.6. Обращения граждан, поступившие по телефону контакт-центра («Горячая линия») в территориальный фонд и зарегистрированные в Электронном журнале, по вопросам, не относящимся к типовым и не требующим незамедлительного решения, ответы, на которые требуют привлечение специалистов более высокой квалификации, оператором 1 уровня посредством информационного ресурса направляются оператору 2 уровня и/или страховому представителю 1 уровня для дальнейшей работы с обращением.

4.7. Страховой представитель 1 уровня осуществляет работу (фиксирование входящих звонков, переадресацию в Электронном журнале) непосредственно с обращениями граждан, поступившими на телефонный номер, а также посредством информационного ресурса в соответствии со стандартами обслуживания.

4.8. В случае если обращение гражданина поступило посредством информационного ресурса из территориального фонда страховой представитель 1 уровня в установленном порядке осуществляет маршрутизацию к страховому представителю 2 или 3 уровней, или другому сотруднику страховой медицинской организации по компетенции.

4.9. В случае если гражданин обращается в контакт-центр («Горячая линия») территориального фонда или страховой медицинской организации повторно по обращению, находящемуся в работе, страховой представитель или оператор 1 уровня осуществляет маршрутизацию соответственно к страховому представителю 2 или 3 уровней или оператору 2 уровня, ответственного за данное обращение, или другому ответственному сотруднику территориального фонда, страховой медицинской организации.

4.10. Страховые представители 2 и 3 уровней в рамках принятия мер, направленных на соблюдение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема, качества, в установленные сроки имеют право:

а) обращаться за содействием к уполномоченным должностным лицам медицинских организаций и получать от них необходимую информацию для урегулирования и оперативного разрешения спорных ситуаций;

б) обращаться в территориальный фонд и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и получать информацию, необходимую для защиты прав застрахованных лиц;

в) обращаться к руководителю медицинской организации в случае непредставления уполномоченными должностными лицами медицинских организаций информации и непринятия ими мер, необходимых для разрешений спорных ситуаций.

4.11. Операторы и страховые представители всех уровней на каждом этапе

работы с обращениями граждан заполняют соответствующие поля Электронного журнала.

V. Рассмотрения письменных обращений граждан.

5.1. Рассмотрение письменных обращений граждан осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 59-ФЗ.

5.2. Письменное обращение подлежит обязательной регистрации в Электронном журнале в течение трех дней с момента поступления в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу.

5.3. Обращения, связанные с деятельностью медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, могут быть рассмотрены в пределах компетенции территориального фонда и (или) направлены в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

5.4. Письменное обращение, поступившее в территориальный фонд, страховую медицинскую организацию в соответствии с его компетенцией, рассматривается в установленный Федеральным законом № 59-ФЗ срок.

5.5. Обращения граждан считаются рассмотренными, если по всем вопросам приняты необходимые меры либо даны исчерпывающие ответы, соответствующие законодательству.

5.6. Гражданам сообщается о решениях, принятых по их обращениям, в случаях решения дается мотивированный отказ с разъяснением порядка его обжалования.

5.7. Ответ на обращение направляется в форме электронного документа по адресу электронной почты, указанному в обращении, поступившем в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в форме электронного документа, или по адресу (уникальному идентификатору) личного кабинета гражданина на Едином портале при его использовании и в письменной форме по почтовому адресу, указанному в обращении, поступившем в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в письменной форме с учетом требований законодательства о врачебной тайне и требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Кроме того, на поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу обращение, содержащее предложение, заявление или жалобу, которые затрагивают интересы неопределенного круга лиц, в частности на обращение, в котором обжалуется судебное решение, вынесенное в отношении неопределенного круга лиц, ответ, в том числе с разъяснением порядка обжалования судебного решения, может быть размещен с соблюдением требований части 2 статьи 6 Федеральный закон № 59-ФЗ на официальном сайте данных государственного органа или органа местного самоуправления в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5.8. В случае поступления в территориальный фонд обращения, направленного из Федерального фонда по принадлежности, Федеральный фонд информируется о результатах рассмотрения обращения и о принятых по рассмотрению обращения мерах.

VI. Осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

6.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены программами ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, проводится в соответствии с Порядком, устанавливающим, в том числе, формы его проведения, его продолжительность, периодичность, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

6.2. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены программами ОМС, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы.

6.3. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу в рамках программ ОМС.

6.4. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

6.5. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию или договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, программам ОМС, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи[2].

6.6. Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи,

[2] Часть 3 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ

предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации[3].

6.7. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата[4]. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона № 323-ФЗ.

6.8. При получении жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации, включая случаи несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по случаям оказания медицинской помощи, не завершившимся летальным исходом, проводится внеплановая медико-экономическая экспертиза (при непроведении по данным случаям оказания медицинской помощи плановой медико-экономической экспертизы)[5].

6.9. При получении жалобы от застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи в медицинской организации проводится внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи (при непроведении по данным случаям оказания медицинской помощи плановой экспертизы качества медицинской помощи)[6].

6.10. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами ОМС.

6.11. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи Федеральный фонд, территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с программами ОМС.

6.12. В рамках осуществления контроля за проведением страховыми медицинскими организациями контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи[7] территориальный фонд проводит медико-

---

[3] Часть 4 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ
[4] Часть 6 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ
[5] Пункт 22 Порядка
[6] Пункт 35 Порядка
[7] На основании части 11 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ

экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи (реэкспертиза[8]) на основании поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи[9].

6.13. Информирование осуществляется с соблюдением требований Федерального закона № 152-ФЗ и статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ.

VII. Ответственность медицинской организации за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи

7.1. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья граждан, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи.

7.2. В случае выявления фактов нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, территориальный фонд или страховая медицинская организация направляет соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности.

VIII. Основания для предъявления претензии и (или) иска о возмещении ущерба при оказании медицинской помощи

8.1. Пунктом 73 Порядка установлено, что при выявлении по результатам контроля, проведенного при поступлении жалобы от застрахованного лица или его законного представителя, нарушений при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства), а также в случаях отказа в оказании медицинской помощи, неправомерного взимания денежных средств за медицинскую помощь в рамках программ ОМС, по требованию застрахованного лица или его законного представителя: территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация, выявившие нарушения права застрахованного лица, предъявляют в медицинскую организацию требование о восстановлении

[8] Пункт 46 Порядка
[9] Пункт 49 Порядка

нарушенного права, а также осуществляет содействие застрахованному лицу или его законному представителю в предъявлении претензии к медицинской организации или обращения в суд.

8.2. Основанием для предъявления застрахованным лицом/его представителем претензии и (или) иска к медицинской организации является нарушение ею прав застрахованного лица, повлекшее причинение ущерба застрахованному лицу в результате неисполнения и (или) ненадлежащего исполнения медицинской организацией обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию согласно выявленным по результатам утвержденного Порядком кодам нарушений/дефектов оказания медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшением оплаты медицинской помощи), являющимся Приложением к Порядку.

IX. Размер причиненного ущерба

9.1. Расходы, понесенные застрахованным лицом при оказании медицинской помощи, должны быть подтверждены документально.

9.2. В ходе подготовки искового заявления определяется предмет доказывания, факты, подлежащие доказыванию, наличие оснований для предъявления искового заявления, оцениваются и исследуются доказательства, определяется размер исковых требований.

9.3. При расчете размера причиненного ущерба могут учитываться расходы, которое понесло застрахованное лицо в связи с приобретением лекарственных средств, медицинских изделий, оплатой медицинской помощи. Исковое заявление должно содержать расчет подлежащей компенсации денежной суммы за понесенные застрахованным убытки. К исковому заявлению в обязательном порядке должны быть приложены документы, подтверждающие факт причинения вреда, документы, подтверждающие расходы застрахованного лица, вызванные неисполнением и (или) ненадлежащим исполнением медицинской организацией своих обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

X. Способы защиты прав застрахованных лиц в претензионно-исковом порядке

10.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации возможен досудебный и судебный способы защиты нарушенных прав застрахованных лиц. Возмещение убытков может осуществляться как в добровольном порядке по требованию застрахованного лица/его представителя, так и на основании решения суда.

10.2. Решение о возмещении морального вреда пострадавшему лицу принимает только суд по иску застрахованного лицу/его представителя.

10.3. При избрании досудебного способа защиты застрахованное лицо/законный представитель может обратиться с претензией (требованием) о возмещении убытков в медицинскую организацию. Застрахованное лицо/законный представитель также вправе обратиться соответствующим заявлением в территориальный фонд и (или) страховую медицинскую организацию для получения консультации по подготовке претензии (требования).

10.4. Территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация вправе вступить в дело в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований на предмет спора.

10.5. Предъявление искового заявления в интересах застрахованного лица может осуществляться при соблюдении следующих условий:

а) наличие одного или нескольких нарушений, предусмотренных приложением к Порядку, подтвержденных заключением о результатах экспертизы качества медицинской помощи, проведенной экспертом качества медицинской помощи, включенным в федеральный/территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, либо результатом медико-экономической экспертизы;

б) наличие оригиналов документов, подтверждающих расходы застрахованного лица;

в) наличие оценки застрахованным лицом степени причиненного морального вреда (физических и нравственных страданий) – размер денежной компенсации.

10.6. Для определения размера исковых требований к медицинской организации застрахованное лицо указывает сумму, подлежащую взысканию с предоставлением подтверждающих документов, в том числе размер денежной компенсации морального вреда, причиненного физическими и нравственными страданиями.

XI. Рассмотрение споров в суде

11.1. Предъявление искового заявления осуществляется в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации.

11.2. Для защиты своих прав в судебном порядке застрахованное лицо вправе обратиться:

а) в суд с исковым заявлением самостоятельно либо через своего представителя;

б) в страховую медицинскую организацию, в которой застрахован гражданин по обязательному медицинскому страхованию, в том числе для получения консультации;

в) в территориальный фонд по месту страхования.

11.3. При подготовке искового заявления могут использоваться:

а) заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи, проведенной экспертом качества медицинской помощи, включенным в единый реестр экспертов качества медицинской помощи;

б) выписной эпикриз;

в) акт освидетельствования застрахованного лица в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы (бюро, главное бюро или федеральное бюро), решение указанного учреждения о признании лица инвалидом или иной документ, подтверждающий инвалидность (если гражданин стал инвалидом);

г) документы (договоры, чеки, квитанции), свидетельствующие о понесенных застрахованным лицом;

д) другие документы (обращения, письма, ответы), имеющие отношение к делу.

XII. Заключительные положения

12.1. Возмещение медицинской организацией ущерба застрахованному лицу не освобождает ее работников от возможного привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.2. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.