



# **ОПЛАТА СВЕРХОБЪЕМНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:** правоприменительная практика

**ПАВЛОВА ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА**

*кандидат юридических наук*

*доцент кафедры медицинского права*

*Первого МГМУ им. И.М. Сеченова*

*Генеральный директор*

*Национального института медицинского права*

*Руководитель Комитета по праву Ассоциации онкологов России*

## Контуры системы ОМС существенно изменятся с 2021 года



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

С июля начнет действовать обновленный порядок оплаты медпомощи из средств ОМС

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 2021 г. N 254н

Внесены изменения в Правила ОМС, касающиеся порядка оплаты медпомощи (вступят в силу 1 июля 2021 г), в частности:

- прямо установлено, что оплата медпомощи, оказанной по терпрограмме ОМС, осуществляется по результатам контроля ее объемов и качества; оплата специализированной медпомощи и ВМП, оказанной федеральными медцентрами по единым требованиям базовой программы ОМС, - на основании реестров счетов и счетов на оплату;
- СМО ежемесячно, не позднее пятого и пятнадцатого рабочего дня месяца, отправляют в ТФОМС заявки на средства для, соответственно, авансирования (не более 50% месячного финобеспечения СМО, но в условиях ЧС или пандемии - до 100%) и оплаты оказанной медпомощи (если этих средств не хватит для оплаты медпомощи в отчетном месяце, заявка увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных СМО в ТФОМС в предыдущие периоды). Заявки финансируются фондами в течение 3 рабочих дней;
- **если полученных средств на оплату счетов не хватает (пресловутый "сверхобъем"), СМО обязана попросить денег из НЗС ТФОМС.** Фонд перечислит их только после рассмотрения отчета СМО и проведения проверки в целях установления причин недостатка целевых средств у СМО - в том числе проведет анализ повышения заболеваемости;
- отказать в СМО в "сверхобъеме" можно из-за необоснованного запроса СМО либо по причине отсутствия денег в НЗС ТФОМС;
- **полученные от ТФОМС средства СМО в течение 3 дней направляет медорганизациям;**



### ФОМС проверит соответствие тарифных соглашений новым требованиям

#### Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 февраля 2021 г. N 80н

- Минздрав обновил порядок рассмотрения в ФОМС тарифных соглашений, заключаемых в регионах.
- Соглашения проверяются на предмет их соответствия базовой программе ОМС, а также новым требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения.
- Срок рассмотрения сокращен до 15 рабочих дней. Однако при необходимости получить дополнительную информацию он может быть продлен.
- Установлена новая типовая форма заключения ФОМС о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС.



## Обновлен порядок использования средств НСЗ ФФОМС

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 2021 г. N 245н**

**Минздрав обновил Порядок использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС.** В отличие от прежнего порядка, новый не предусматривает конкретных направлений для расходования средств НСЗ (например, на увеличение субвенций бюджетам ТФОМС), а содержит лишь самые общие правила:

- средства НСЗ используются на цели, устанавливаемые в законе о бюджете ФФОМС на очередной год;
- получателями средств являются граждане и организации, указанные в законе о бюджете ФФОМС или в правительственных порядках предоставления средств НСЗ.

Порядок действует с 16 апреля 2021 года.

## Контуры системы ОМС существенно изменятся с 2021 года



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

### Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. N 430-ФЗ

Поправки к закону об ОМС, которые вступят в силу с 01.01.2021, кардинально поменяли способ распределения и оплаты медпомощи, оказанной федеральными медцентрами - то есть медорганизациями, подведомственными Правительству РФ и федеральным органам исполнительной власти. Однако правки не ограничиваются только этой реформой, затронуты и иные сферы ОМС:

- ранее вся медпомощь распределялась согласно терпрограммам ОМС - в каждом регионе своя теркомиссия определяла, какой объем и кому должен быть выделен.

Со следующего года вся медпомощь будет поделена на две группы: специализированная, включая ВМП, которая оказывается федеральными медцентрами, и вся остальная (в ее составе тоже будет специализированная и ВМП).

Первая будет распределяться в специальном порядке, который установило Правительство РФ (ее объемы и остальные параметры, а также порядок установления тарифов Правительство РФ установит в составе базовой программы ОМС),

а вторую - как и ранее, комиссия по разработке терпрограммы ОМС в каждом регионе, однако теперь еще и - с учетом нормативов финзатрат на единицу объема, установленных в терпрограмме ОМС.

При этом федеральные медцентры могут работать и там, и там - оказывать специализированную и ВМП по объемам, выделенным ей ФФОМС, и всю остальную, также включая специализированную и ВМП, - в рамках объемов, распределенных по терпрограммам;

## Контур системы ОМС существенно изменятся с 2021 года



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

### Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. N 430-ФЗ

**внедоговорная медпомощь по ОМС исключается, она оказывается только на основании договоров трех видов:**

1) договор между федмедцентром (которому уже распределили объем медпомощи) и ФФОМС на оказание и оплату медпомощи в рамках базовой программы ОМС;

2) договоры между медорганизацией, СМО и ТФОМС на оказание и оплату медпомощи по ОМС в соответствии с терпрограммой в рамках распределенных объемов (платит СМО),

3) либо в соответствии с базовой программой ОМС, если эта помощь оказана за пределами региона выдачи полиса (платит ТФОМС);

- **реестр медорганизаций сферы ОМС станет именоваться единым реестром, а внутри него будут вестись два "субреестра" - реестр медорганизаций, работающих по терпрограммам ОМС (порядок вступления в него не изменился), и сведения о федеральным медцентрах, работающих по базовой программе ОМС (попасть в этот "субреестр" на 2021 года можно путем направления заявки в ФФОМС до **25.12.2020 включительно**, а в следующие годы заявку нужно подавать до осени);**

-

## Утверждены требования к региональному тарифному соглашению в сфере ОМС



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

[Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2020 г. N 1397н](#)

Минздрав утвердил [требования](#) к тарифным соглашениям, заключаемым в регионах (между региональным ОУЗ, ТФОМС, СМО и медпрофсоюзами). Напомним, что данный документ утверждается впервые - ранее соответствующие полномочия были у ФФОМС, а его [приказ](#) на ту же тему даже - формально - не утратил юридической силы.

Структура соглашения осталась прежней, "ффомсовской", однако по решению субъекта РФ в нем можно предусмотреть новый отдельный раздел - **о распределении объемов предоставления и финобеспечения медпомощи, установленных терпрограммой ОМС, между медорганизациями.**

**Зато требования к содержанию разделов стали более детализированными, например:**

- подробно описаны условия применения некоторых способов оплаты медпомощи - например, по подушевому нормативу финансирования, по нормативу финансирования структурного подразделения медорганизации и за единицу объема (в амбулаторных условиях). Предусмотрен новый способ финансирования стационарной медпомощи - за медуслугу (только для диализа);

- коэффициенты уровней оказания медпомощи для групп медорганизаций заменены коэффициентами трех уровней;

## Утверждены требования к региональному тарифному соглашению в сфере ОМС



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

### [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2020 г. N 1397н](#)

переписаны" факторы, которые должны устанавливаться при определении тарифов по оплате амбулаторной и "скорой" медпомощи (в том числе коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, два коэффициента дифференциации - на прикрепившихся лиц и по территориям оказания медпомощи, коэффициент специфики оказания медпомощи и т.п.). Аналогично - и для определения тарифов по оплате стационарной медпомощи;

- конкретизированы требования к разделу об ответственности медорганизаций за некачественную медпомощь или ее неказание.

**Новый раздел тарифного соглашения** - о распределении объемов предоставления и финобеспечения медпомощи, установленных терпрограммой ОМС - должен содержать сведения об объемах предоставления медпомощи в разрезе видов, форм и условий её оказания, а также профилей специализированной медпомощи и групп ВМП, распределенных в соответствии с [ч. 10 ст. 36](#) Закона об ОМС между медорганизациями, участвующими в реализации терпрограммы ОМС, и об объемах ее финобеспечения.

Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.



# Как меняется подход к рассмотрению арбитражных исков по делам о сверхобъемах



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

**Анализ арбитражной практики демонстрирует историю судебных споров, которые никак не конвертируются в исправление явно системной ошибки финансового планирования.**

**Конфликты между хозяйствующими в ОМС субъектами со временем множились, порой решаясь миром, но все чаще и чаще – в судах.**

- Проблема сверхобъемов зрела годами, на этот процесс оказывали влияние несовершенство действующих в системе ОМС нормативов, недофинансирование отрасли, нерациональность распоряжения бюджетами.
- Пять лет назад – в период с января 2014 года по май 2015-го медорганизации подали к СМО иски чуть больше, чем на 100 млн рублей, сумев в результате взыскать 85 млн.
- Сегодня порядок сумм изменился: **Важно ообъем отсуженных клиниками у страховщиков компенсаций по сверхобъемам за сопоставимый период – с января 2019-го по май 2020 года – достиг 751,6 млн рублей (в выборку вошли только завершившиеся дела).**
- говорится, что по искам, зафиксированным в определенный период, судить о реальных просчетах в планировании объемов медпомощи и нехватке финансирования не стоит. Часть сверхобъемных случаев после подачи соответствующей заявки и решения территориальной комиссии финансами обеспечивается.
- Кратный рост оспариваемой в судах денежной массы – важное, но не единственное отличие нынешней ситуации. Если пять лет назад истцами чаще выступали государственные медучреждения – на их долю пришлось 75% совокупного финансового объема взысканий, – то теперь большую активность проявляют частные медорганизации, предъявившие СМО около 70% общей суммы требований.

# Как меняется подход к рассмотрению арбитражных исков по делам о сверхобъемах



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Споры государственных клиник в системе ОМС

- **Федеральные медцентры, подведомственные Минздраву, ФМБА, РАН, Управлению делами Президента РФ и МВД, совокупно получили через арбитраж возмещение на 146 млн рублей и с этим показателем заняли в ряду успешных истцов второе после частных место.**
- **Иски, инициированные государственными клиниками, в основном подаются медучреждениями третьего уровня, в частности онкологическими стационарами, которые в рассматриваемом периоде выиграли дела на 57,2 млн рублей (из суммарно возвращенных представителям госсектора через арбитраж 144,4 млн рублей).**
- **На общем фоне тут выделяется Ярославская областная клиническая онкологическая больница (ОКОБ), отсудившая у страховщиков более 37,6 млн рублей. Неоднократные обращения медучреждения в региональный Департамент здравоохранения и фармации, а также в терфонд по поводу увеличения выделенных ему на 2018 год объемов успехом не увенчались. В досудебной оплате оказанной медпомощи клинике тоже было отказано, несмотря на то что Ярославская ОКОБ, ежегодно получающая по линии ОМС свыше 1 млрд рублей, остается ключевым оператором региональной онкослужбы.**
- **Очередной мониторинг арбитражных дел по поводу сверхобъемов, инициированных в период с июня по декабрь 2020 года, показал более чем трехкратное увеличение отказов в судах первой инстанции: минимум 28 отказов в 2020-м против девяти в предыдущий период (из более 300 дел). Почти все – 25 – отказы выписал Арбитражный суд (АС) Москвы, причем такие решения выносили разные судьи.**



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Отсуженные за "сверхобъем" средства ОМС медорганизация должна отражать на счетах учета средств ОМС

Определение Верховного Суда РФ от 23 марта 2021 г. N 303-ЭС20-20898

**Онкодиспансер, отсудивший у СМО и ТФОМС средства за оказанную застрахованным сверхобъемную медпомощь, вновь "потерял" их в качестве использованных не по целевому назначению.**

Ранее - в рамках других споров - диспансер взыскал со СМО более 10 млн рублей, причитающихся диспансеру за оказание медицинской помощи сверх объемов, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Однако полученную сумму диспансер отразил на лицевом счете, не предназначенном для учета средств ОМС, а именно на счете финансового обеспечения по доходам и расходам по графе **"Поступления от оказания услуг (выполнения работ) на платной основе и от приносящей доход деятельности"**.

Кроме того, эти же суммы "не попали" в статотчетность диспансера по поступлению и расходованию средства ОМС, а также не были учтены согласно [п. 93](#) Инструкции по применению Плана счетов бухгалтерского учета бюджетных учреждений, утв. [приказом](#) Минфина России от 16.12.2010 N 174н (следовало оформить начисление доходов по программе ОМС на счете 7 205 32 "Доходы от оказания платных услуг (работ) по программе ОМС" путем фактического поступления денежных средств ОМС, а не методом начисления фактического оказания услуг в рамках ОМС, **что не отображает реальной задолженности за оказанную медпомощь между диспансером и СМО**).



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Отсуженные за "сверхобъем" средства ОМС медорганизация должна отражать на счетах учета средств ОМС

**Установив этот факт, ТФОМС потребовал деньги "обратно" как используемые не по целевому назначению. Позиция ТФОМС была поддержана судами первой и кассационной инстанции.**

Правда, в апелляции ТФОМСу отказали - поскольку спорные средства поступили диспансеру по исполнительным листам, в которых отсутствует указание о перечислении средств по терпрограмме ОМС, в связи с чем диспансер правомерно зачислил эти средства на свой лицевой счет.

**Однако суд округа, поддержанный и СК ЭС Верховного Суда РФ, отметил следующее:**

- в рамках дел по взысканию "сверхобъема" установлено право диспансера на получение со СМО средств ОМС за оказание медицинской помощи сверх объемов, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;

- спорные средства были списаны на основании исполнительных листов в пользу диспансера со счетов СМО, открытых для осуществления финансирования по ОМС;

- правоотношения между ТФОМС, СМО и диспансером возникли не в силу договорных отношений, а регулируются [Законом](#) N 326-ФЗ.

- следовательно, поступившие диспансеру по исполнительным листам спорные средства являются средствами ОМС, подлежащими оплате за оказанную диспансером в рамках программы ОМС и действующих договоров медицинскую помощь, что было установлено судебными актами по указанным делам,

**- в связи с чем спорные средства должны быть учтены на соответствующих счетах учета средств ОМС.**

В итоге СКЭС ВС РФ отказала диспансеру в пересмотре дела.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Медорганизация взыскала оплату за сверхобъемную медпомощь, оказанную в 2019 году

[Определение Верховного Суда РФ от 7 апреля 2021 г. N 301-ЭС21-3102](#)

**Больница успешно взыскала со СМО более миллиона рублей за медпомощь, оказанную застрахованным лицам сверх распределенного ей объема в 2019 году.**

**Суды опирались на стандартный набор аргументов:**

- в силу [ч. 5 ст. 15](#) Закона об ОМС медорганизация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС;

- из положений [ч. 1 ст. 38](#), [ч. 2 ст. 39](#) Закона об ОМС не следует, что фактическое оказание медпомощи сверх установленного в договоре со СМО объема освобождает СМО от исполнения обязательств по оплате оказанной медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС и перечнем территориальной программы ОМС;

- медорганизации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медпомощи, которая возможна на основании [Правил](#) ОМС;

- предъявляя иск о взыскании задолженности к СМО и ТФОМС, медорганизация должна доказать факт оказания медуслуг в соответствии с программой ОМС, но сверх установленного объема, а СМО и ТФОМС - его опровергнуть ([ч. 1 ст. 65](#) АПК РФ);



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Медорганизация взыскала оплату за сверхобъемную медпомощь, оказанную в 2019 году

Определение Верховного Суда РФ от 7 апреля 2021 г. N 301-ЭС21-3102

**Больница успешно взыскала со СМО более миллиона рублей за медпомощь, оказанную застрахованным лицам сверх распределенного ей объема в 2019 году.**

**Суды опирались на стандартный набор аргументов:**

- при отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медорганизацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением теркомиссии, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами ([п. 28](#) Обзора судебной практики ВС РФ N 4 (2018), утв. Президиумом ВС РФ 26.12.2018);

- лицами, участвующими в деле, не представлено доказательств, подтверждающих, что истец ненадлежащим образом, в том числе на спорную сумму, оказывал медуслуги застрахованным лицам в рамках терпрограммы, не установлено фактов нарушения истцом договорных отношений, неоказания, несвоевременного оказания либо оказания медпомощи ненадлежащего качества;

- при этом ни СМО, ни ТФОМС не установлено нарушений в оказании медицинских услуг и иных оснований для отказа в оплате спорной суммы, кроме как "сверх территориальной программы ОМС",

- в связи с чем доводы о том, что отсутствуют доказательства экстренности медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам сверх установленных объемов медицинской помощи, подлежат отклонению, как несостоятельные;



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Медорганизация взыскала оплату за сверхобъемную медпомощь, оказанную в 2019 году

[Определение Верховного Суда РФ от 7 апреля 2021 г. N 301-ЭС21-3102](#)

**Больница успешно взыскала со СМО более миллиона рублей за медпомощь, оказанную застрахованным лицам сверх распределенного ей объема в 2019 году.**

**Суды опирались на стандартный набор аргументов:**

- наконец, в соответствии с [п. 151](#) Правил ОМС, утв. [приказом](#) Минздрава РФ от 28.02.2019 N 108н, СМО в течение одного рабочего дня с даты принятия реестров счетов медицинской организации с учетом результатов МЭК, при превышении объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинским организациям решением Комиссии на квартал, обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении медорганизациям объемов медицинской помощи и финансовых средств.

**Суд указал, что предписание, предусматривающее в качестве основания для отказа в оплате медпомощи предъявление к оплате медпомощи сверх распределенного объема, установленного решением теркомиссии, не может быть истолковано как допускающее неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской организацией медпомощи ненадлежащего качества.**

ВС РФ отказал СМО в пересмотре дела, так как законодательно гарантированное оказание бесплатной медицинской помощи в системе ОМС относит попадающие под нее услуги к страховым случаям, расходы в связи с которыми подлежат оплате за счет средств ОМС.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Начнут ли отказывать в возмещении средств ОМС на оплату "сверхобъемной" медпомощи?

Определение Верховного Суда РФ от 28 января 2021 г. N 310-ЭС20-22096

**Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела и отмене актов нижестоящих инстанций о выплате за сверхобъемную медицинскую помощь, потому что нижестоящий суд:**

- руководствовался положениями [статей 9, 14, 15, 20, 36, 37, 38, 39](#) Закона об ОМС,
- исходил из доказанности оказания медуслуг в соответствии с программой ОМС,
- медорганизация не нарушила требования, предъявляемые к предоставлению медпомощи при оказании сверхобъемных медуслуг,
- медорганизация не должна нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи.





НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Начнут ли отказывать в возмещении средств ОМС на оплату "сверхобъемной" медпомощи?

[Определение Верховного Суда РФ от 28 января 2021 г. N 310-ЭС20-22096](#)

**Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела и отмене актов нижестоящих инстанций о выплате за сверхобъемную медицинскую помощь, потому что нижестоящий суд:**

**Интересно в этом отказном определении то, что СМО - требуя пересмотра - сослалась на административное дело годовой давности, поскольку оно "свидетельствует об изменении судебной практики".**

**В рамках того дела медцентр пытался доказать, что само по себе предъявление СМО и ТФОМСу к оплате счетов за "сверхобъемную" медпомощь по ОМС не является правонарушением, а значит, и не должно упоминаться в качестве самостоятельного основания для отказа в оплате. ВС тогда отказал истцу, потому что такое поведение правомерно отнесено к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, а вот конкретные отказы в такой оплате можно обжаловать.**

**Тем не менее в рамках дела об оплате "сверхобъема" ВС РФ отверг ссылку на упомянутое дело, поскольку в нем спор разрешен с учетом недопустимости отказа в оказании медпомощи и наличия правовых инструментов для обоснованной корректировки распределенного Теркомиссией объема медпомощи.**



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Медцентр, которому "секретно" урезали объем медпомощи, оказываемой за счет ОМС, не смог добиться справедливости в ВС РФ

**Медцентр добивался оплаты оказанной пациентам системы ОМС "сверхобъемной" медпомощи.**

Сверхобъемной для медцентра она оказалась внезапно - в самом конце мая Комиссия по разработке терпрограммы ОМС уменьшила объемы медпомощи, предусмотренной центру ранее, и он был исключен из списка медорганизаций, оказывающих параклинические услуги (УЗИ) по направлениям из других медорганизаций за счет ОМС. Изменения в терпрограмму ОМС вступили в силу с июня. Однако медцентру никто об этом ничего не сообщил. И весь июнь он законопослушно оказывал медицинские услуги, не подозревая, что они никогда не будут оплачены.

В конце июня медцентр обнаружил, что последний месяц он работал "бесплатно", и уже в июле ему было отказано в оплате июньских счетов.

При этом - согласно акту осмотра нотариусом официального сайта ТФОМС - по состоянию на середину июля протокол спорного совещания Комиссии по разработке терпрограммы ОМС на портале еще отсутствовал.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Медцентр, которому "секретно" урезали объем медпомощи, оказываемой за счет ОМС, не смог добиться справедливости в ВС РФ

**Медцентр добивался оплаты оказанной пациентам системы ОМС "сверхобъемной" медпомощи.**

**Медцентр попытался взыскать стоимость оказанных услуг через суд, но проиграл во всех инстанциях:**

- Теркомиссия имеет право изменять объемы оказания медпомощи за счет средств ОМС, вот она и изменила, с июня спорного года, объемы медцентра в части УЗИ по отдельным направлениям других медицинских организаций. Решение Теркомиссии об установлении объема медицинской помощи является для центра обязательным;

- значит, начиная с июня этого года, у истца отсутствовал тариф на оплату медицинской помощи по УЗИ;

- медцентр, требуя оплаты сверхобъемной медпомощи, не доказал, что объемы выделенной медпомощи увеличились вследствие повышения заболеваемости, количества застрахованных лиц и (или) изменения их структуры по полу и возрасту;

- поскольку медцентр не оспорил решение Комиссии по разработке терпрограммы ОМС, довод о его ненадлежащем уведомлении об изменении объема медпомощи не влияет на квалификацию спорных правоотношений;



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Медцентр, которому "секретно" урезали объем медпомощи, оказываемой за счет ОМС, не смог добиться справедливости в ВС РФ

**Медцентр попытался взыскать стоимость оказанных услуг через суд, но проиграл во всех инстанциях:**

- медцентр не только имел возможность, но и обязан был убедиться перед оказанием медуслуг застрахованным лицам в июне месяце, что эта медпомощь оказывается в пределах объёмов, установленных решением Теркомиссии;

- наконец, медцентр не смог доказать и сам спорный объем медпомощи, - ведь спорные счета-то не прошли форматно-логический контроль отдельно по каждому плательщику, а затем МЭК, МЭЭ и ЭКМП. Суд отверг довод о возможности подтвердить факт оказанных медуслуг путем исследования первичной медицинской документации, в том числе медицинских карт, поскольку факт оказания услуг, сроки, качество и условия предоставления медпомощи по ОМС формализован, истцом не представлены на экспертизу ответчикам соответствующие документы.

Таким образом, требования медцентра были отвергнуты, - причем со ссылкой на [определение](#) ВС РФ от 18.10.2018 N 308-ЭС18-8218, согласно которому сверхобъемные медуслуги должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и оплачиваться в полном объеме при отсутствии доказательства того, что оказанные услуги не входят в программу ОМС, либо что медорганизация оказала "дефектную" медпомощь.

**Верховный Суд РФ также отказал медцентру в пересмотре дела, отметив, что раз истец с июня исключен из списка медорганизаций, имеющих право на оказание услуги, за которую взыскивается долг, в рамках ОМС, поэтому последствия принятия риска невозмещения за счет средств ОМС понесенных расходов правомерно возложили на него.**



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Предъявление "сверхобъемной" медпомощи останется в перечне нарушений в предъявлении счетов на оплату из ОМС

[Решение Верховного Суда РФ от 11 ноября 2019 г. N АКПИ19-729](#)

Медицинский центр не смог доказать Верховному Суду РФ, что само по себе предъявление к оплате "сверхобъемной" медпомощи по ОМС не должно быть упомянуто в качестве самостоятельного основания для отказа в оплате медицинской помощи в соответствующем Перечне.

По мнению центра, наличие спорного основания в Перечне оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты медпомощи) противоречит положениям Законов о ОМС и об основах охраны здоровья граждан в РФ, а также нарушает как права медорганизации на получение оплаты за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках системы ОМС, так и госгарантии соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств в рамках базовой программы ОМС.

В частности, самому центру Терфондом ОМС неоднократно было отказано в оплате оказанной им "сверхобъемной" медпомощи, при том, что претензий к качеству оказанных услуг нет, а сами они оказывались по направлению врача из государственного или муниципального лечебно-профилактического учреждения. В связи с этим медцентр попросту начал отказывать "сверхобъемным" пациентам в медпомощи, хотя она и входит в базовую программу ОМС.

Однако ВС РФ счел, что предъявление к оплате медпомощи сверх распределенного Комиссией по разработке терпрограммы ОМС объема **правомерно** отнесено к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, являющихся основанием для отказа в оплате медпомощи, и соответствует законодательству об ОМС.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Предъявление "сверхобъемной" медпомощи останется в перечне нарушений в предъявлении счетов на оплату из ОМС

Решение Верховного Суда РФ от 11 ноября 2019 г. N АКПИ19-729

При этом содержание спорной нормы **не допускает не оказания**, несвоевременного оказания или оказания медпомощи ненадлежащего качества медицинской организацией. А если административный истец не согласен с конкретным отказом в оплате медицинской помощи, оказанной им сверх установленных объемов, то ему следует обращаться в арбитражный суд за защитой своих прав.

Напомним, что по вопросу оплаты "сверхобъемной" медпомощи из средств ОМС Верховный Суд РФ уже высказывался, и вполне определенно: при отсутствии доказательств того, что оказанные медуслуги не входят в программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением комиссии по разработке терпрограммы ОМС, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами ([п. 28](#) Обзора судебной практики Верховного Суда РФ N 4, утв. Президиумом ВС РФ 26.12.2018).



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

## Оплату "сверхобъемных" медуслуг ОМС можно зафиксировать в мировом соглашении

[Определение Верховного Суда РФ от 25 мая 2020 г. N 308-ЭС20-5193](#)

**ТФОМС не смог добиться отмены мирового соглашения, заключенного между СМО и частной медицинской организацией о взыскании со СМО задолженности за медуслуги, оказанные в рамках Терпрограммы ОМС, но сверх установленного медорганизации объема.**

Первоначальный иск к СМО - о полной оплате услуг по проведению пациентам гемодиализа и перитонеального диализа - был удовлетворен судом первой инстанции. В апелляции суд утвердил мировое соглашение (по полной оплате долга, половине расходов на юриста и без уплаты каких-либо неустоек) и отменил, соответственно, решение первой инстанции.

ТФОМС возражал против утверждения мирового соглашения, однако его возражения были отвергнуты со ссылкой на правовую позицию Верховного Суда РФ ([п. 28](#) Обзора судебной практики, утв. Президиумом ВС РФ 26.12.2018) о том, что медуслуги, поименованные в Терпрограмме, оказанные качественно, но сверх объема, установленного решением Теркомиссии, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и оплачиваться полностью. Аналогичное постановление вынес и суд округа.

ТФОМС, в частности, указывал и на то, что мировое соглашение нарушает требования о врачебной тайне: в нем перечислены ФИО конкретных пациентов.

Однако на это суд округа возразил, что точных сведений, позволяющих идентифицировать лиц, обратившихся за медпомощью, о состоянии их здоровья и диагнозе, а также иных сведений, полученных при их медобследовании и лечении, составляющих врачебную тайну по смыслу [статьи 13](#) Закона об охране здоровья, мировое соглашение не содержит.

Верховный Суд РФ отказал ТФОМСу в пересмотре дела.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКОГО  
ПРАВА

**Благодарю за внимание!**