



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

НОВЕЛЛЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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



Нормативно-правовые акты, определяющие объем медицинской помощи в системе ОМС

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

- **Федеральный от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**
- **Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**
- **Постановление Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ...».** (Обновляется ежегодно.)
- **Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (утв. Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 2 февраля 2022 г. NN 11-7/И/2-1619, 00-10-26-2-06/750)**
- **Клинические рекомендации. Порядки. Стандарты оказания медицинской помощи**



Нормативно-правовые акты, определяющие объем медицинской помощи в системе ОМС

РЕГИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

- Территориальная программа государственных гарантий на текущий год субъекта РФ
- Генеральное тарифное/тарифное соглашение субъекта РФ. Утверждается ежегодно
- Приказы МЗ/департаментов/ТФОМС субъектов (например, порядок организации, приказ о маршрутизации, приказ о реализации скрининговых программ и т. д.)
- Решения Комиссий по разработке территориальной программы в субъектах РФ



Основные правила формирования расходов за счет средств ОМС

Анализ структуры тарифа осуществляется:

- в соответствии с нормой, установленной [п. 7 ст. 35](#) Закона N 326-ФЗ;
- согласно Методике расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утв. [приказом](#) Минздрава России от 28.02.2019 N 108н ([ч. 1 ст. 30](#) Закона N 326-ФЗ), в т.ч. и для Территориальной программы ([п. 6.1](#) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2020 г. N 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения"
- для организаций, участвующих в Территориальных программах ОМС, - в соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи, установленной Тарифным соглашением в сфере ОМС субъекта РФ ([п. 4](#) приложения N 1 к приказу Минздрава России от 12.02.2021 N 80н);
- с учетом писем (разъяснений) Минздрава России, ФФОМС, относящихся к их компетенции, в том числе уточняющие отдельные расходы ([постановление](#) Правительства РФ от 31.12.2010 N 1226).



Основные правила формирования расходов за счет средств ОМС

Структура тарифа на оплату медицинской помощи базовой программы ОМС включает в себя расходы на [\(ч. 7 ст. 35 Закона N 326-ФЗ\)](#):

- заработную плату;
- начисления на оплату труда и прочие выплаты;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;
- оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);
- организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);
- оплату услуг связи;
- оплату транспортных услуг;
- оплату коммунальных услуг;
- оплату работ и услуг по содержанию имущества;
- арендную плату за пользование имуществом;
- оплату программного обеспечения и прочих услуг;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;
- **прочие расходы;** ([подп. 8 п. 195](#) приказа Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил ОМС". В частности, речь идет о прочих затратах на общехозяйственные нужды, без которых деятельность учреждения по оказанию медицинской помощи по программе ОМС невозможна (например, не будет оформлено санитарно-эпидемиологическое заключение) или затруднительна (например, услуги по защите электронного документооборота внутри учреждения).
- приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ОПЛАТА СВЕРХОБЪЕМНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НЕЦЕЛЕВОЕ РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ В ОМС: ТЕНДЕНЦИИ ПРАВОО ПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ



Правоприменительная практика

Верховный суд РФ отменил решения нижестоящих судов и полностью отказал во взыскании средств ОМС за сверхобъемную медпомощь, поскольку отказы в перераспределении объемов медпомощи не оспаривались

[Определение Верховного Суда РФ от 31 августа 2022 г. N 302-ЭС22-6708](#)

Судебная коллегия по экономическим спорам ВС РФ пересмотрела дело о взыскании более 7,5 млн рублей (задолженность и пени) по договору на оказание и оплату медпомощи по ОМС.

Долг образовался в связи с неоплатой медицинской помощи, которую медорганизация оказала сверх объемов, определенных ей решением комиссии по разработке терпрограммы ОМС. СМО отказала в оплате исключительно по результатам МЭК, спорная медпомощь не экспертировалась.

Суды трех инстанций поддержали позицию медорганизации:

- СМО могла (и даже должна была, по мнению суда первой инстанции) провести проверку объема и качества оказания услуг сверх установленного объема,
- СМО от исполнения этой обязанности уклонилась

Следовательно, у СМО нет доказательств, что спорная сверхобъемная медпомощь была некачественной,

- следовательно, следует применить правовую позицию Верховного Суда РФ, сформированную в [п. 28](#) Обзора судебной практики ВС РФ N 4 (2018) (утв. Президиумом ВС РФ 26.12.2018), а именно - **при отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медорганизацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи, медуслуги, 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 ОМС страховой медицинской организацией.**



Правоприменительная практика

Верховный суд РФ отменил решения нижестоящих судов и полностью отказал во взыскании средств ОМС за сверхобъемную медпомощь, поскольку отказы в перераспределении объемов медпомощи не оспаривались

[Определение Верховного Суда РФ от 31 августа 2022 г. N 302-ЭС22-6708](#)

Позднее (летом 2022 года, спустя 4 месяца после вынесения постановления судом кассационной инстанции) упомянутый [п. 28](#) Обзора был из него [исключен](#), а еще через месяц ВС РФ решил пересмотреть дело).

При пересмотре медорганизации было полностью отказано со ссылкой на то, что медорганизация не обжаловала отказы теркомиссии в перераспределении объемов медпомощи:

- согласно [ч. 6 ст. 39](#) Закона об ОМС оплата медпомощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медорганизацией реестров счетов и счетов на оплату осуществляется в соответствии с порядком оплаты медпомощи по ОМС, установленным правилами ОМС. Применительно к спорному периоду такой порядок был установлен в Правилах ОМС, утв. [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н, и по [п. 123](#) Правил ОМС оплате за счет средств ОМС подлежит объем предоставления медицинской помощи, **установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой;**

- при этом оплата медпомощи сверх объемов, установленных Комиссией, для СМО является нецелевым расходованием средств ОМС, за которое в отношении СМО предусмотрены санкции в виде уменьшения финансирования на 100% суммы нецелевого использования средств и штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств;

- исходя из смыслового содержания [ч. 6 ст. 39](#) Закона об ОМС и аналогичных положений, воспроизведенных в [п. 110](#) Правил ОМС, оплата медпомощи, оказанной застрахованному лицу, за пределами объемов, установленных решением Комиссии, не предусмотрена;



Правоприменительная практика

Верховный суд РФ отменил решения нижестоящих судов и полностью отказал во взыскании средств ОМС за сверхобъемную медпомощь, поскольку отказы в перераспределении объемов медпомощи не оспаривались

[Определение Верховного Суда РФ от 31 августа 2022 г. N 302-ЭС22-6708](#)

- размер исковых требований в данном деле состоит из стоимости медпомощи, предъявленной сверх объёмов предоставления медпомощи за период с января по сентябрь 2017 г., уменьшенной на сумму, выделенную медорганизации дополнительно Комиссией в связи с корректировкой объёмов, о чём были заключены дополнительные соглашения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- **таким образом, законодательством предусмотрены необходимые правовые инструменты для взаимодействия участников программы ОМС - сторон соответствующего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и для обоснованной корректировки распределенного Комиссией объема медпомощи;**
- поскольку принятие решений по распределению объемов предоставления медпомощи, их оперативной корректировке, распределению финансовых средств между СМО и между медорганизациями относится к полномочиям Комиссии, **то истец-медорганизация вправе была своевременно обжаловать имевшие место отказы Комиссии в выделении дополнительных объёмов медпомощи и финобеспечения;**
- из судебных актов следует, что подобный механизм медорганизация не использовала, **решения Комиссии не обжаловала**, условия действующего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в установленном порядке не пересматривались и не изменялись применительно к спорному превышению объема медпомощи;



Правоприменительная практика

Верховный суд РФ отменил решения нижестоящих судов и полностью отказал во взыскании средств ОМС за сверхобъемную медпомощь, поскольку отказы в перераспределении объемов медпомощи не оспаривались

[Определение Верховного Суда РФ от 31 августа 2022 г. N 302-ЭС22-6708](#)

- ошибочно считая, что предъявление к оплате реестров счетов и счетов на оплату медпомощи, виды которой входят в терпрограмму ОМС, являются достаточным основанием для возложения на СМО обязанности её оплатить, суды не применили нормы права в их правильном истолковании и оставили без внимания также то, что факт оказания застрахованному лицу медпомощи в медицинской организации, согласно абз. 9 п. 67 Порядка организации и проведения контроля, подтверждается первичной медицинской документацией, которая истцом не предъявлялась ни страховой медицинской организации, ни суду.

Кроме этого, подход, согласно которому была бы допустима оплата любой фактически оказанной медицинской организацией медицинской помощи, по страховым случаям, виду и условиям формально соответствующей территориальной программе ОМС, только на основании предъявленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, не соответствует Закону об ОМС и принятым на его основе названным выше нормативным правовым актам, решениям Комиссии, договорам о финансовом обеспечении ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Таким образом, правовых оснований для удовлетворения требований на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС не имелось.

В свою очередь, поскольку подобные требования истца не основаны на законе и условиях договора, а неоплата указанной суммы медицинской помощи, предъявленной сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, не связана с нарушением страховой медицинской организацией условий договора, у судов отсутствовали основания и для взыскания неустойки, определенной договором.



Правоприменительная практика

Медицинский центр выиграл дело об оплате сверхобъемной помощи по ОМС, потому что неоднократно требовал перераспределения объемов и лечил "своих" пациентов

[Определение Верховного Суда РФ от 26 июля 2022 г. N 306-ЭС22-7565](#)

Медорганизация, которая оказала "сверхобъемных" медицинских услуг на более чем 2 млн руб, взыскала эту сумму со страховой компании; решение "устояло" в трех инстанциях.

Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела, отметив следующие важные обстоятельства:

- факт оказания медицинских услуг по территориальной программе ОМС на спорную сумму с надлежащим качеством и в спорном размере доказан (ни СМО, ни ТФОМС его не опровергли),
- медорганизация неоднократно обращалась в комиссию по разработке территориальной программы ОМС с просьбой перераспределить выделенные объемы медицинской помощи (нижестоящие суды [указали](#), что в рассматриваемом случае из актов МЭК, а также пояснений представителя СМО следует, что объемы финансирования на протяжении всего календарного года пересматривались, и не один раз, в результате чего истцу частично восстанавливалась предъявленная к оплате стоимость оказанной медпомощи);
- при этом процедуры являются жизненно необходимыми, отказ в своевременном ее проведении обратившемуся пациенту, а равно указание пациенту на необходимость поиска иной медицинской организации в стране (городе), у которой не исчерпаны объемы выделенных средств для оказания бесплатной медицинской помощи, может привести к его смерти (нижестоящие суды дополнительно [указали](#), что именно поэтому истец не вправе был отказать такому пациенту со ссылкой на отсутствие средств, предусмотренных терпрограммой, и не позволяющих получить медицинскую помощь больному пациенту),



Правоприменительная практика

Медицинский центр выиграл дело об оплате сверхобъемной помощи по ОМС, потому что неоднократно требовал перераспределения объемов и лечил "своих" пациентов

[Определение Верховного Суда РФ от 26 июля 2022 г. N 306-ЭС22-7565](#)

- наконец, спорная медпомощь оказывалась тем пациентам, которые получали её ранее в данной же медорганизации,
- следовательно, вывод о наличии у СМО обязанности по оплате оказанных услуг в спорном размере сделан судами исходя из конкретных обстоятельств настоящего дела, а доводы СМО не свидетельствуют о наличии в оспариваемых судебных актах существенной судебной ошибки.

Таким образом, обращение за перераспределением выделенных на год объемов медпомощи может сыграть на руку медорганизации, даже если это обращение и не будет удовлетворено.

В аналогичным выводам подталкивают и формулировки отказов в пересмотре проигранных медорганизациями аналогичных дел; например, в обоих определениях Верховного Суда РФ [от 26.07.2022 N 203-ПЭК22](#) и [от 25.07.2022 N 201-ПЭК22](#) отмечено следующее:

- медорганизацией оказаны услуги с превышением объемов оказания медпомощи, установленных решением комиссии,
- при этом медицинская организация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи,
- медицинская организация согласилась с выделенным объемом предоставления медицинской помощи и не обжаловала решение комиссии по разработке терпрограммы ОМС, не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов с учетом фактических потребностей медицинской организации,
- в связи с чем у медицинской организации отсутствовало право на истребование у СМО спорной суммы.



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ, СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ТФОМС



Правоприменительная практика

ВС РФ: в системе ОМС медорганизацию нельзя штрафовать за формальные нарушения, не связанные с неоказанием или оказанием некачественной медпомощи

[Определение Верховного Суда РФ от 3 октября 2022 г. N 309-ЭС22-11221](#)

Тройка судей ВС РФ пересмотрела спор между райбольницей и страховой медицинской организацией о взыскании почти 300 тысяч рублей штрафов за следующие дефекты - **непредставление медицинских документов при оказании медицинской помощи и несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.**

Ранее три инстанции взыскали с больницы эти штрафы, поскольку:

- актами МЭЭ установлено 26 случаев включения в счета на оплату медицинских услуг, которые не подтверждены данными из медицинской документации (нет записей лечащего врача, больница в отзыве на исковое заявление сама подтвердила суду то обстоятельство, что медицинская помощь не была оказана в те даты, которые были указаны в выставленных счетах на оплату);
- актами ЭКМП установлено 11 случаев не предоставления первичной медицинской документации;
- указанные акты, полученные больницей, в порядке, установленном [ст. 42](#) Закона об ОМС, оспорены не были;
- [частью 1 ст. 79](#) Закона об основах охраны здоровья граждан на медорганизацию возложена обязанность по ведению меддокументации в установленном порядке, представлении отчетности по видам, формам, в установленные сроки и в установленном объеме,
- следовательно, формальное установление наличия предоставленных медицинской организацией реестров счетов, в отсутствие первичных данных, является недопустимой формой установления факта оказания соответствующих медицинских услуг. Кроме того, сам по себе факт ошибочного внесения медицинской организацией в счёт на оплату медицинских услуг, которые фактически были оказаны, но не в те даты, которые указаны в счёте на оплату, не отменяет ответственности медицинской организации за допущенное нарушение - дефекты оформления первичной медицинской документации.



Правоприменительная практика

ВС РФ: в системе ОМС медорганизацию нельзя штрафовать за формальные нарушения, не связанные с неоказанием или оказанием некачественной медпомощи

[Определение Верховного Суда РФ от 3 октября 2022 г. N 309-ЭС22-11221](#)

Однако ВС РФ отправил дело на пересмотр в суд первой инстанции:

- в рассматриваемом по настоящему делу случае медицинской организации вменяются нарушения Перечня дефектов, в том числе по коду [4.1](#) - непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медпомощи в медорганизации без объективных причин, и по коду дефекта [4.6.2](#) - включение в счет на оплату медпомощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медпомощи застрахованному лицу;

- вместе с тем, учитывая указанные выше положения [Закона](#) об ОМС, допущенные медорганизацией нарушения, за которые предусмотрена возможность применения к медицинской организации штрафа, **не могут носить формальный характер, а должны быть связаны с неоказанием, несвоевременным оказанием либо оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества;**

- так, в частности, непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медпомощи в медорганизации без объективных причин, а также включение в счет на оплату медпомощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медпомощи застрахованному лицу, не позволяют при проведении экспертиз установить ошибки медицинской организации при оказании медицинской помощи и сам факт оказания медицинской помощи, и, как следствие, могут свидетельствовать о неоказании, несвоевременном оказании либо оказании медицинской помощи ненадлежащего качества в отношении тех случаев, за которые медицинская организация выставляет счета к оплате. **Однако, рассматривая настоящий спор, суды не устанавливали обстоятельств, связанных с тем, имели ли в действительности место факты неоказания, несвоевременного оказания либо оказания медицинской помощи ненадлежащего качества по тем случаям, в отношении которых проверяющими установлены вменяемые медицинской организации нарушения.**



Правоприменительная практика

Клиника оказывала специализированную медицинскую помощь в плановом порядке лицам, проживающим в других субъектах РФ без направления от лечащего врача

[Определение СК по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 20 июля 2022 г. N 305-ЭС22-1518 по делу N А41-83071/2020](#)

В рамках базовой Московской областной программы обязательного медицинского страхования клиникой оказана медицинская помощь гражданам, застрахованным по программе ОМС на других территориях Российской Федерации, на сумму 6 395 916 рублей, а именно **первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в плановом порядке.**

По результатам контроля фонд, ссылаясь на нормы законодательства, указал на то, что у него отсутствуют основания для выплаты клинике возмещения за оказание специализированной медицинской помощи в плановом порядке, поскольку при проведении контрольных мероприятий было установлено, что клиника оказывала специализированную медицинскую помощь в плановом порядке лицам, проживающим в других субъектах Российской Федерации и не получавшим на момент обращения в клинику направление от лечащего врача в выбранной ими в соответствии с Приказом N 1342н медицинской организации.

Направления для пациентов в клинику на оказание специализированной медицинской помощи в плановом порядке, как указал фонд, выдавали врачи этой же клиники, однако пациенты не выбирали общество в качестве медицинской организации в соответствии с [Приказом](#) N 1342н.



Правоприменительная практика

Клиника оказывала специализированную медицинскую помощь в плановом порядке лицам, проживающим в других субъектах РФ без направления от лечащего врача

Определение СК по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 20 июля 2022 г. N 305-ЭС22-1518 по делу N А41-83071/2020

Решение Верховного суда:

В соответствии с [частью 6 статьи 21](#) Закона N 323-ФЗ при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Согласно [пункту 12](#) Приказа N 1342н выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации, принявшей заявление.

Порядок направления лечащим врачом застрахованных лиц в медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС строго регламентирован - **направление лечащего врача для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме может быть выдано только при наличии особых медицинских показаний** ([пункт 3](#) и [7](#) Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 N 1363н).



Правоприменительная практика

Для лечения "иностранного" пациента нужно направление из его же региона: Конституционный Суд РФ отказался принимать жалобу ТФОМС на эту норму

[Определение Конституционного Суда РФ от 21 июля 2022 г. N 1814-О](#)

[Определение Верховного Суда РФ от 21 февраля 2022 г. N 306-ЭС21-28936](#)

Конституционный Суд РФ отказался изучать нормы законодательства сферы ОМС, согласно которым медорганизация может оказать плановую специализированную медпомощь пациенту из другого региона за счет ОМС только в том случае, если он принесет направление от лечащего врача из той организации, к которой он прикреплен (то есть - из медорганизации другого субъекта РФ).

Это правило было применено в споре между Пермским ТФОМС (он оплатил медпомощь, которую оказали пермские клиники пациентам из Самары) и Самарским ТФОМС (не желал компенсировать стоимость оказанной медпомощи):

- спорные случаи - это случаи оказания специализированной медпомощи, притом помощи в плановой форме (в частности, по поводу лечения геморроя),
- в частности, самостоятельно данная услуга была квалифицирована медицинской организацией как специализированная медицинская помощь - по коду 31 (а, например, не как первичная специализированная медико-санитарная помощь - код 13);
- а согласно [п. 12](#) Порядка выбора гражданином медорганизации, выбор медицинской организации при оказании специализированной плановой медпомощи осуществляется по направлению на оказание специализированной медпомощи, выданному лечащим врачом выбранной гражданином медорганизации, принявшей письменное заявление о выборе медицинской организации;
- то есть предоставление направления лечащего врача надлежащей медорганизации, принявшей заявления этих граждан о выборе медорганизации, является - наравне с предоставлением полиса ОМС - обязательным условием для получения специализированной плановой помощи застрахованным лицам в медорганизации за пределами субъекта РФ в котором проживает гражданин;



Правоприменительная практика

Для лечения "иностранного" пациента нужно направление из его же региона: Конституционный Суд РФ отказался принимать жалобу ТФОМС на эту норму

на дату оказания спорной медпомощи, пациенты, медпомощь которым оказана в медорганизациях Пермского края, находились на медобслуживании в медорганизациях Самарской области, в то время как направление данным гражданам, в нарушении вышеуказанного Порядка, выдавались в медорганизациях Пермского края. Сведения о выборе указанными гражданами других медицинских организаций для получения первичной медико-санитарной помощи отсутствуют;

- суды отвергли также довод, что пермский стационар не вправе отказать пациентам в госпитализации лишь на том основании, что на предыдущем этапе не оформлялось направление.

По мнению судов, такой отказ был бы обоснованным, поскольку надлежащего направления нет, а без такового в безотлагательном порядке оказывается лишь медицинская помощь в экстренной форме, которая, в соответствии с [пп. 1 п. 4 ст. 32](#) Закона N 323-ФЗ, оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, в то время как плановая медицинская помощь (что имеет место по спорным позициям счетов) в соответствии с [пп. 3 п. 4 ст. 32](#) Закона N 323-ФЗ оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка которой не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни. Следовательно, при оказании плановой медпомощи возможна законная отсрочка оказания медицинской помощи застрахованным лицам;

- суд также отметил, что предметом спора является порядок осуществления расчетов за уже оказанную медпомощь, а не об отказе в её предоставлении, поэтому ссылки на конституционное право на охрану здоровья граждан являются неуместными.



Правоприменительная практика

Для лечения "иностранного" пациента нужно направление из его же региона: Конституционный Суд РФ отказался принимать жалобу ТФОМС на эту норму

Верховный Суд РФ отказал ТФОМСу в пересмотре дела, поскольку "доводы жалобы уже были предметом исследования судов и получили исчерпывающую правовую оценку" и "ссылки заявителя на другие судебные акты не подтверждают обоснованность указанных в жалобе доводов".

После отказа в СК ЭС ВС РФ юристы Пермского ТФОМС направили жалобу в Конституционный Суд РФ и попросили проверить конституционность ряда положений [Закона](#) об ОМС и [Закона](#) N 323-ФЗ, примененных в споре с самарским ТФОМС, - не умаляют ли они право на охрану здоровья ([ст. 41](#) Конституции РФ) и принцип равенства перед законом и судом ([ст. 18](#) Конституции РФ).

Однако Конституционный Суд РФ отказался принимать жалобу к рассмотрению:

- законодательство не предоставляет ТФОМС, созданному субъектом РФ для реализации госполитики в сфере ОМС на его территории, т.е. для осуществления публичных полномочий, права обращаться в Конституционный Суд РФ с жалобой в порядке конкретного нормоконтроля (ст. 125, [п. "а" ч. 4](#), Конституции РФ);
- помимо этого, в силу статьи 125 ([часть 2](#)) Конституции РФ заявитель не отнесен к числу лиц, имеющих право на обращение в Конституционный Суд РФ с запросом о проверке конституционности федеральных законов;
- поэтому данное обращение, как исходящее от ненадлежащего заявителя, не может быть принято Конституционным Судом РФ к рассмотрению.



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

НЕЦЕЛЕВОЕ РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ В ОМС



Правоприменительная практика

Привлечение врачей без статуса ИП: больнице удалось отстоять 1 млн. рублей "нецелевки"

[Решение Арбитражного суда Нижегородской области от 14.10.2022 по делу N А43-21344/2022](#)

Больница заключила с врачами-специалистами, работающими в иных медорганизациях, договоры ГПХ на выполнение работ по консультации больных. Оплату по договорам провели за счет страховых средств. ТФОМС расценил это как нецелевые расходы. **По мнению ревизоров, недопустимо заключать такие договоры напрямую с врачами сторонних организаций, не зарегистрированными в качестве индивидуальных предпринимателей и не имеющими соответствующих лицензий.** Почти 1 млн рублей потребовали вернуть в бюджет Фонда.

Учреждение обратилось в суд, и судьи встали на его сторону.

Во-первых, отсутствие у привлеченных врачей лицензий, необходимых для осуществления самостоятельной медицинской деятельности по соответствующему профилю, само по себе не свидетельствует об использовании средств не по целевому назначению. Закон не исключает оплату труда физлиц, не являющихся ИП, по гражданско-правовым договорам, а напротив, предусматривает порядок обложения данных выплат страховыми взносами, удержания с них НДФЛ. **Все договоры со специалистами были заключены в рамках действующей лицензии больницы, консультации проводились на территории, указанной в лицензии.**

Во-вторых, если стандартом или порядком оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в программу ОМС, предусмотрена консультация соответствующих специалистов, оплата труда этих специалистов должна осуществляться за счет страховых средств ОМС, и это не противоречит структуре тарифа на оплату медицинской помощи. Ко всем договорам имеются акты выполненных работ. **Все привлекаемые врачи-специалисты имеют соответствующее профильное медицинское образование, допуск к работе, сертификат специалиста либо аккредитацию.**



Правоприменительная практика

Можно ли средствами ОМС компенсировать моральный вред пациенту?

[Решение АС Новосибирской области от 27.06.2022 по делу N А45-1026/2022](#)

Отвечая на этот вопрос, нужно помнить, что средства ОМС являются финансовым обеспечением государственных полномочий по организации оказания медицинской помощи. Они носят целевой характер и не могут быть использованы на иные цели. А далее следует проанализировать:

- требуются ли такие расходы для обеспечения медицинской деятельности учреждения, будут ли они направлены (непосредственно или косвенно) на оказание медицинских услуг по программе ОМС;
- входят ли такие расходы в структуру тарифов на оплату медицинской помощи.

Конечно, учитываем и положения Тарифного соглашения своего региона.

В силу норм ГК РФ компенсация морального вреда - это установленное судом требование денежной выплаты, в данном случае предусмотренной Законом об основах охраны здоровья, за действия медучреждения, которые причинили физические или нравственные страдания гражданину. Расходы на выплату такой компенсации, независимо от того, как они будут осуществлены: по судебному акту или по мировому соглашению, будут являться для учреждения мерой ответственности за некачественное оказание медицинской помощи, т.е. экономическими санкциями.



Правоприменительная практика

Можно ли средствами ОМС компенсировать моральный вред пациенту?

[Решение АС Новосибирской области от 27.06.2022 по делу N А45-1026/2022](#)

Тарифными соглашениями такие расходы часто определены как штрафы. В этом случае расходы на оплату экономических санкций / штрафов не поименованы в структуре тарифа на оплату медицинской помощи в рамках терпрограммы. Вместе с тем структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя обобщенный расход - "прочие расходы". Более детально экономический смысл "прочих расходов" раскрыт в [Правилах](#) ОМС N 108н. В частности, речь идет о прочих затратах на общехозяйственные нужды, без которых деятельность учреждения по оказанию медицинской помощи по программе ОМС невозможна (например, не будет оформлено санитарно-эпидемиологическое заключение) или затруднительна (например, услуги по защите электронного документооборота внутри учреждения). **Штрафы же нельзя рассматривать как общехозяйственные расходы, необходимые для реализации программы ОМС. Наоборот, они являются мерой воздействия контролирующего органа за выявленное нарушение.**

То есть выплата компенсации морального вреда за некачественное оказание медицинской помощи, произведенная медучреждением за счет средств ОМС, с высокой степенью вероятности будет квалифицирована в качестве нецелевого расхода. Подтверждение тому - судебная практика. Например, в [решении](#) АС Самарской области от 21.08.2019 по делу N А55-724/2019 отмечено, что причиненный в результате лечения вред пациенту не может рассматриваться как страховой случай, и, следовательно, расходы, связанные с компенсацией морального вреда, не являются расходами на оказание медицинской помощи по ОМС. К такому же выводу [пришли](#) недавно и судьи Новосибирского арбитражного суда. Больнице не удалось отстоять более 1,7 млн рублей "нецелевки", в числе которых и сумма компенсации морального вреда пациенту. Суд подчеркнул: структура тарифа на оплату медицинской помощи не включает в себя затраты на возмещение убытков, компенсацию причиненного морального вреда, штрафы и пр.



Правоприменительная практика

Даже при огромной «нецелевке» по ОМС можно рассчитывать на снижение штрафных санкций

Решение Арбитражного суда Томской области от 12 августа 2022 г. По делу №А67-5023/2022

Проверка ТФОМС выявила в районной больнице около десятка нарушений целевого характера страховых средств:

- Оплата расходов по утилизации автомобилей;
- Оплата обучения по теме «Профпатология. Профессиональные риски. Охрана труда работающих и по программе «Противодействие терроризму»
- Оплату услуг по уничтожению наркотических лекарственных средств, используемых для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- Выплата единовременных пособий работникам в связи с переездом на работу в местности, приравненные к районам крайнего Севера
- Выплата материальной помощи, не предусмотренной нормативными документами, в завышенном размере;
- Компенсация работникам стоимости проезда и провоза багажа к месту использования отпуска и обратно



Правоприменительная практика

Даже при огромной «нецелевке» по ОМС можно рассчитывать на снижение штрафных санкций

Решение Арбитражного суда Томской области от 12 августа 2022 г. По делу №А67-5023/2022

Общая сумма нецелевых расходов превысила 3 млн рублей. Соответственно и сумма предусмотренного штрафа свыше 300 тыс.рублей. Плюс пени – более 130 тыс.рублей

Учреждение признало «нецелевку» и готово было ее возместить, но просило суд уменьшить штрафные санкции.

Согласно правовой позиции Конституционного Суда Российской Федерации, сформулированной в постановлении от 24.06.2009 N 11-П, в силу статей 17 (часть 3) и 55 (часть 3) Конституции Российской Федерации исходящее из принципа справедливости конституционное требование соразмерности установления правовой ответственности предполагает в качестве общего правила ее дифференциацию в зависимости от тяжести содеянного, размера и характера причиненного ущерба, степени вины правонарушителя и иных существенных обстоятельств, обуславливающих индивидуализацию при применении взыскания.

Учитывая осуществление ответчиком социально значимого вида деятельности, обстоятельства выявленных нарушений, отсутствие доказательств существенных негативных последствий для Фонда в следствие допущенного ответчиком нарушения, суд приходит к выводу о наличии оснований для уменьшения подлежащих взысканию с ответчика сумм штрафа и неустойки в 10 раз, что составляет 31 083,15 рублей и 45 257,06 рублей соответственно.



Правоприменительная практика

Типичные ошибки при расходовании средств ОМС: обзор нарушений, выявленных при проверках

[Письмо ТФОМС Новосибирской области от 24.06.2022 N2737-05](#)

Одним из источников финансового обеспечения медицинского учреждения являются средства обязательного медицинского страхования. Они носят целевой характер, следовательно, должны расходоваться в соответствии с условиями их предоставления и не могут быть использованы на другие цели.

На сегодняшний день накоплен достаточно большой объем информации о нарушениях, связанных с нецелевым и неэффективным расходованием средств ОМС.

ТФОМС Новосибирской области провел работу по обзору и систематизации нарушений, выявляемых при проверках медицинских организаций региона, работающих по профилю "онкология".

Ряд нарушений касается непосредственно самого порядка оказания медицинской помощи, ведения медицинской документации, качества оказания медуслуг.

Кроме того, ревизоры обнаружили целый букет нарушений правил ведения бухгалтерского учета, например:

- Приобретенные за счет средств ОМС лекарственные препараты учитывались на счете 105 36 "Прочие материальные запасы";
- Лекарственные средства из аптеки в структурные подразделения передавались без оформления Требований-накладных (ф. 0504204);
- Лекарственные средства, расходные материалы и медицинские изделия учитывались с нарушением порядка: не по наименованиям, сортам, количеству, не в разрезе материально ответственных лиц и/или мест хранения;
- Порядок определения стоимости материальных запасов при их выбытии менялся несколько раз в течение года;
- Инвентаризации, в том числе годовая, проведены не по всем местам хранения.



Правоприменительная практика

Типичные ошибки при расходовании средств ОМС: обзор нарушений, выявленных при проверках

[Письмо ТФОМС Новосибирской области от 24.06.2022 N2737-05](#)

Нарушения на стыке лечебной деятельности и бухгалтерского учета достаточно просто выявляются контролирующими органами при сопоставлении медицинской и бухгалтерской документации, в частности:

- Списание в затраты лекарственных препаратов, факт использования которых не подтвержден первичным учетным документом,
- Систематическое нарушение документирования совершаемых процедур, в том числе несоответствие введенных лекарственных препаратов с их расходом по акту списания,
- Отсутствие подтверждения списания препарата в журналах списания лекарственных средств.

Кроме того, встречаются нарушения, относящиеся к экономическому планированию и закупочной деятельности, такие как:

- Необоснованное представление случаев на оплату медицинской помощи по завышенным [КСГ](#);
- Превышение закупочных цен на лекарственные средства, включенные в перечень ЖНВЛП, предельных отпускных цен, подлежащих государственному регулированию;
- Оказание медицинской помощи в рамках терпрограммы ОМС с использованием схем терапии, содержащих препараты, которые должны приобретаться в рамках региональных льгот за счет средств бюджета субъекта;
- Общехозяйственные расходы не распределялись между ОМС и иными источниками финансирования.



Правоприменительная практика

Типичные ошибки при расходовании средств ОМС: обзор нарушений, выявленных при проверках

[Письмо ТФОМС Новосибирской области от 24.06.2022 N2737-05](#)

Ну и, конечно, нецелевое использование средств ОМС, как, например, в случае оплаты за счет страховых средств просроченной кредиторской задолженности, источником финансирования которой должны были быть средства бюджета.

Несмотря на то, что в большинстве своем нарушения можно отнести на конкретное структурное подразделение учреждения, очевидна взаимосвязь всех отделов в общем "командном зачете".

Данные бухгалтерского учета, отраженные в первичных документах, контролирующие органы могут легко перепроверить косвенными способами: через историю болезни пациента, листы назначения или специальные журналы учета движения лекарственных средств. И наоборот, сведения медицинской документации могут быть подвергнуты сомнению через сопоставление с данными бухгалтерского учета.

Все перечисленные нарушения создают предпосылки к неэффективному и нецелевому использованию средств ОМС, а также снижают доступность в обеспечении застрахованных лиц качественной медицинской помощью.

Поэтому руководителю медицинской организации нужно внимательно контролировать все потоки и координировать задействованные структурные подразделения, чтобы не совершать ошибок, за которыми, как правило, последует ответственность.



Благодарю за внимание!