



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ОПЛАТА СВЕРХОБЪЕМНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И НЕЦЕЛЕВОЕ РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ В ОМС:  
**тенденции правоприменительной практики**

**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. No 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**
- **Федеральный закон от 29.11.2010 г. No 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 (ежегодно)**
- **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

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)



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

# ОПЛАТА СВЕРХОБЪЕМНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НЕЦЕЛЕВОЕ РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ В ОМС: ТЕНДЕНЦИИ ПРАВООПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ



## Тезисы 2023 года или основные принципы расходования средств ОМС

### *1. Принцип "эффективности расходования средств ОМС".*

Медицинские организации при расходовании средств вправе самостоятельно определять расходования средств по видам расходов, включенных в тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств ОМС, соблюдения натуральных норм по продуктам питания для пациентов, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение со стороны застрахованных лиц, отсутствия кредиторской задолженности (Республики Алтай, Брянская, Свердловская область).

**Под эффективностью и рациональностью понимают достижение заданных Территориальной программой госгарантий результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС (Чувашская республика, Амурская, Воронежская, Липецкая, Новгородская, Тюменская, Челябинская области)**

### *2. Принцип распределение общехозяйственных затрат.*

Возмещение общехозяйственных расходов медицинской организации при наличии нескольких источников финансового обеспечения исключительно за счет средств ОМС недопустимо. Порядок распределения затрат по источникам их финансового обеспечения устанавливается локальным нормативным актом (например, Учетной политикой) медицинской организации (Республика Крым, Алтайский край, Новгородская область).

**А вот возмещение общехозяйственных расходов медицинской организации при наличии нескольких источников финансового обеспечения исключительно за счет средств ОМС недопустимо.**



## ТЕЗИСЫ 2023 ГОДА ИЛИ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС

### *3. Принцип соответствия доходов и расходов.*

В случае невыполнения медицинскими организациями утвержденных плановых объемов оказания медицинской помощи, возмещение расходов, включенных в нормативы затрат, за невыполненный объем не являются обязательством сферы ОМС (республики Карелия и Алтай; Новгородская область).

### *4. Принцип первоочередности затрат.*

Расходы медицинских организаций на выплату заработной платы и начислений на оплату труда являются первоочередными (Республика Мари Эл, Иркутская и Курская области).

### *5. Принцип правдивости финансовой отчетности.*

Медицинская организация обязана вести отдельный учет средств ОМС по видам и условиям оказания медицинской помощи ("Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях", "Специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара", "Высокотехнологичная медицинская помощь", "Первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях", "Скорая медицинская помощь вне медицинской организации") (см. требования Иркутской области, Ханты-Мансийского АО - Югра).

### *6. Принцип неотвратимости ответственности.*

Самостоятельный возврат медицинской организации до проведения проверки суммы нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, не освобождает ее от уплаты штрафа. Пени в этом случае не начисляются (Липецкая область).



## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

### Тройка судей СК ЭС ВС РФ отказала во взыскании оплаты за сверхобъемную медпомощь

[Определение СКЭС Верховного Суда РФ от 7 июня 2023 г. N 309-ЭС22-28224](#)

НИИ взыскал со СМО более 2 млн руб. задолженности за медицинскую помощь, оказанную сверх установленных НИИ объемов. До суда НИИ направлял свои требования об увеличении объема оказанной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в территориальную комиссию, областной Минздрав и ТФОМС, но ответов не получил.

Удовлетворяя иск НИИ, суды указали на то, что факт оказания спорной медпомощи подтвержден.

**Отменяя эти акты и отказывая НИИ в удовлетворении заявленных требований, СК ЭС ВС РФ указала:**

- в п. 21 Обзора судебной практики Верховного Суда РФ N 1 (2022), утвержденного Президиумом ВС РФ 01.06.2022, сформирован правовой подход, в соответствии с которым в оплате медицинской помощи сверх распределенного объема ее предоставления, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, может быть отказано, если в установленном порядке объем медицинской помощи не был перераспределен;
- объем предоставления медицинской помощи является условием договора и не может быть изменен в одностороннем порядке; счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, должны предъявляться медицинской организацией к оплате в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медицинской помощи;





## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

**Тройка судей СКЭС ВС РФ отказала во взыскании оплаты за сверхобъемную медпомощь**

[Определение СКЭС Верховного Суда РФ от 7 июня 2023 г. N 309-ЭС22-28224](#)

- из материалов дела следует, что НИИ оказаны услуги с превышением объемов оказания медицинской помощи, установленных решением комиссии. Порядок действий медорганизации при превышении объема предоставления медпомощи регламентирован законодательством об ОМС и **предполагает наличие соответствующего решения комиссии;**
- СМО выполнила свои обязательства по договору на оказание и оплату медпомощи по ОМС надлежащим образом и оплатила оказанную НИИ медпомощь в пределах объемов, выделенных для него, в связи с чем у НИИ отсутствовало право требовать от общества оплаты спорной медицинской помощи.



## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

**СМО оплатила сверхобъемную медпомощь по решению суда: ТФОМС не обязана выделять СМО дополнительные целевые средства**

[Определение Верховного Суда РФ от 19 мая 2023 г. N 301-ЭС23-6395](#)

**СМО не смогла оспорить отказ ТФОМС в восстановлении за счет средств целевого финансирования средств, списанных по исполнительному листу в пользу медицинской организации (ранее медорганизация выиграла у СМО дело об оплате медпомощи, оказанной сверх объемов, распределенных решением территориальной комиссии). По мнению ТФОМС, исполнение решения арбитражного суда должно осуществляться только за счет собственных средств страховой медицинской организации.**

СМО оспорила отказ ТФОМС в суд и даже частично выиграла в суде первой инстанции - суд счел, что медуслуги, оказанные сверх установленного объема, относятся к страховым случаям и подлежат оплате в заявленном размере, а решение в пользу медорганизации носит преюдициальный характер.

**Однако суды апелляционной и кассационной инстанций поддержали позицию фонда:**

**- в случае превышения установленного для СМО объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту ТФОМС принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда (ч. 6 ст. 38 Закона N 326-ФЗ);**



## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

**СМО оплатила сверхобъемную медпомощь по решению суда: ТФОМС не обязана выделять СМО дополнительные целевые средства**

[Определение Верховного Суда РФ от 19 мая 2023 г. N 301-ЭС23-6395](#)

- в соответствии с ч. 9 ст. 38 указанного Закона основанием для отказа в предоставлении СМО средств из нормированного страхового запаса ТФОМС сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО являются, в том числе, необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи;
- в соответствии с договором между СМО и ТФОМС последний обязуется принимать решение о предоставлении или об отказе в предоставлении СМО недостающих для оплаты медпомощи средств из НСЗ ТФОМС в случае превышения установленных для СМО объемов средств на оплату медпомощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов, увеличением число застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры, а также отказать в предоставлении СМО средств из НСЗ ТФОМС сверх установленного объема средств на оплату медпомощи для данной СМО в случае необоснованности объема дополнительно запрашиваемых средств;
- результатами проведения фондом тематической внеплановой проверки не подтверждена обоснованность запрашиваемых средств по основаниям, предусмотренным ч. 8 ст. 38 Федерального закона N 326-ФЗ. При этом вступившим в законную силу решением суда упомянутой медорганизации было отказано в удовлетворении заявления об увеличении объемов медпомощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- соответственно, у территориального фонда отсутствовали правовые основания для удовлетворения требований СМО о перечислении спорных денежных средств;



## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

**СМО оплатила сверхобъемную медпомощь по решению суда: ТФОМС не обязана выделять СМО дополнительные целевые средства**

[Определение Верховного Суда РФ от 19 мая 2023 г. N 301-ЭС23-6395](#)

при этом у суда первой инстанции отсутствовали основания для применения при рассмотрении настоящего спора положений [ч. 2 ст. 69](#) АПК РФ. Вывод судов в рамках спора между медорганизацией и СМО о необходимости оплаты оказанных медицинских услуг сверх объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, не имеет преюдициального значения для разрешения настоящего спора. Нормы Закона N 326-ФЗ и иного законодательства РФ в сфере ОМС не предоставляют СМО право производить оплату медпомощи, оказанной застрахованному лицу без выделения объемов, либо сверх объемов предоставления медицинской помощи, установленных для медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

**Исполнение СМО решения суда не является достаточным основанием для взыскания спорных денежных средств с ТФОМС.**

При этом не имеет правового значения за счет каких источников страховая компания исполнила указанное решение суда.

**Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела.**

## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

**Определения СКЭС Верховного Суда РФ от 19 мая 2023 г. N 302-ЭС22-29755, от 18 мая 2023 г. N 306-ЭС22-23510 и от 19 мая 2023 г. N 309-ЭС23-973**

**Верховный Суд РФ рассмотрел несколько дел об оплате сверхобъемной медпомощи по ОМС. Во всех случаях медорганизации получили отказ.**

В рамках двух дел медорганизации и не пытались перераспределить объемы выделенной им медпомощи (в том числе услуги дневного стационара сверх оплаченных объемов по гемодиализу):

- медицинская организация согласилась с выделенным объемом предоставления медицинской помощи, не обжаловала решение комиссии по разработке территориальной программы ОМС и не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов с учетом фактической потребности медицинской организации;
- поскольку медорганизацией оказаны услуги с превышением объемов оказания медпомощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, при этом счета и реестры счетов на спорную сумму, выставленные медорганизацией к оплате, не прошли формально-логический контроль в фонде и медорганизация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медпомощи, у нее отсутствовало право на истребование у СМО спорной суммы.

**В другом деле медорганизация боролась за увеличение объема медпомощи, но безуспешно:**

- то обстоятельство, что вступившими в законную силу судебными актами по иному делу медорганизации было отказано в удовлетворении заявления о признании недействительным решения комиссии об отклонении заявки в части увеличения объемов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, не может служить основанием для изменения установленного порядка распределения объемов оказания медпомощи, подлежащей оплате в рамках территориальной программы ОМС и оплаты такой медицинской помощи, а, соответственно, не может служить основанием для возложения на СМО обязанности по оплате медицинской помощи, оказанной с превышением объемов, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.
- решения о перераспределении объемов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС в отношении спорных случаев оказания медицинской организацией медицинской помощи комиссией не принималось, у медицинской организации отсутствовало право на истребование у страховой медицинской организации спорной суммы.



## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

### Определение Верховного Суда РФ от 13 января 2023 г. N 310-ЭС22-12150

**В делах о взыскании платы за оказанную сверхобъемную медпомощь необходимо проверять, просила ли клиника о новых объемах, и обоснован ли был отказ Теркомиссии**

Областной онкодиспансер выиграл в трех инстанциях дело об оплате средствами ОМС сверхнормативной медпомощи (сумма иска - более 200 млн руб). Суды исходили из того, что:

- медпомощь не оплатили по единственной причине - её сверхобъемности
- онкодиспансер имеет важную социальную направленность, он неоднократно просил увеличить ему распределенные объемы медпомощи
- для онкодиспансера установлены сжатые сроки оказания медпомощи населению по профилю "онкология" (не более 10-15 рабочих дней с момента постановки диагноза, из-за чего у диспансера не было возможности перенаправить пациентов в другие организации),
- необходимость своевременного (безотлагательного) оказания специализированной медпомощи гражданам, обратившимся по онкологическому профилю, является общеизвестным обстоятельством, не нуждающемся в доказывании (ч. 1 ст. 69 АПК РФ)
- налицо повышение потребности населения в получении квалифицированной онкологической помощи в спорный период, и если планируемый по программе ОМС объем медицинской помощи не соответствует реальной потребности граждан в ней, превышение медицинской организацией этого объема не может быть отнесено на финансовые результаты ее деятельности
- несмотря на имеющиеся статистические данные о необходимом ежегодном объеме финансирования, оно выделяется в заведомо меньшем объеме, что фактически нарушает права граждан, предусмотренные Конституцией РФ, а также Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации".

## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

### Определение Верховного Суда РФ от 13 января 2023 г. N 310-ЭС22-12150

**В делах о взыскании платы за оказанную сверхобъемную медпомощь необходимо проверять, просила ли клиника о новых объемах, и обоснован ли был отказ Теркомиссии**

Тройка судей СК ЭС Верховного Суда РФ эти акты отменила и отправила дело на пересмотр в суд первой инстанции, поскольку:

- законодательством предусмотрены необходимые **правовые инструменты для взаимодействия участников программы ОМС** - сторон договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и для **обоснованной корректировки** распределенного комиссией объема медицинской помощи.
- в частности, при наличии разногласий по результатам МЭК, МЭЭ и ЭКМП медорганизация вправе обжаловать заключение СМО путем направления претензии в ТФОМС, а затем и в суд;
- однако судами не исследован вопрос о том, использовал ли онкодиспансер указанный механизм;
- из материалов дела усматривается, что медицинская организация и СМО **неоднократно обращались в комиссию** с просьбами об увеличении объемов медицинской помощи, но выделенные объемы оказались недостаточными;
- однако судами не исследованы доводы диспансера о недостаточности дополнительно выделенных ему объемов медпомощи;
- поскольку принятие решений по распределению объемов предоставления медпомощи и их корректировке относится к полномочиям комиссии, диспансер вправе был своевременно обжаловать имевшие место решения комиссии по недостаточному выделению дополнительных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения;
- таким образом, **к участию в деле должна быть привлечена сама комиссия по разработке терпрограммы;**
- наконец, представитель онкодиспансера в судебном заседании пояснил, что фактически в расчет исковой суммы была включена задолженность по оплате медицинской помощи, начиная с 2014 года и по 2019 год. В эти годы объемы медицинской помощи истцу выделялись, но не в полном размере, и эти объемы медпомощи направлялись на оплату за предыдущие годы. Судами оценка данному расчету не дана.

## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

### Определение Верховного Суда РФ от 13 марта 2023 г. N 307-ЭС23-1094

**Сверхобъемная помощь по ОМС не должна оплачиваться, если медорганизация не обжаловала выделенный ей объем медпомощи**

Частная медорганизация обратилась с иском к СМО о взыскании более 700 тысяч рублей задолженности за оказанные медицинские услуги и неустойки, однако суды отказали в удовлетворении иска:

- в соответствии с договором между СМО и медорганизацией, оплата медицинской помощи по ОМС, оказанной застрахованным лицам, должна производиться в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (приложение N 1 к Договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- спорная сумма задолженности исключена из счета медорганизации согласно акту МЭК,
- **результаты МЭК** оформлены актами по установленной форме и **медорганизацией не оспорены**. Между тем, законодательство предусматривает порядок обжалования заключения СМО по результатам контроля, в случае несогласия медицинской организации с ним, путем заявления разногласий по акту и обращения с претензией в территориальный фонд ОМС, которым в таком случае повторно проводится контрольное мероприятие и по его результатам принимается решение;
- **медорганизация согласилась с выделенным объемом** предоставления медпомощи, **не обжаловала решение Комиссии** по разработке терпрограммы ОМС и **не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов** с учетом фактической потребности медицинской организации;
- таким образом, поскольку медицинской организацией оказаны услуги с превышением объемов оказания медпомощи, установленных решением Комиссии, при этом счета и реестры счетов на спорную сумму, выставленные медорганизацией к оплате, не прошли формально-логический контроль, и медорганизация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медпомощи, у медорганизации отсутствовало право на истребование у СМО спорной суммы.

**ВС РФ отказал медицинской организации в пересмотре дела.**



## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

### Определение Верховного Суда РФ от 24 апреля 2023 г. N 305-ЭС23-4301

#### Отказ в выделении дополнительных объемов медпомощи по ОМС нужно обжаловать в судебном порядке

Медорганизация (диализный центр) не смогла добиться оплаты "сверхобъемной" медицинской помощи из средств ОМС. При этом центр многократно обращался в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС с просьбами увеличить выделенные объемы медицинской помощи, которые были оставлены без удовлетворения.

#### Отказывая в иске, суды указали на следующее:

- учитывая, что решения комиссии по разработке территориальной программы ОМС являются обязательными для всех участников ОМС, до принятия комиссией соответствующего решения СМО не вправе оплачивать медицинскую помощь, оказанную сверх объёмов, установленных комиссией в соответствии с её компетенцией, оплата такой медпомощи является использованием средств ОМС не по целевому назначению в силу п. 6 ст. 14 Закона об ОМС;
- при этом, решения комиссии об отказе в выделении дополнительных объемом медицинской помощи диализным центром в дальнейшем не обжаловались, тем самым **центр не воспользовался своим правом, а по сути обязанностью на пересмотр** выделенных комиссией объемов с учетом фактической потребности в судебном порядке;
- СМО в соответствии с п. 151 Правил ОМС направлено письмо в адрес Министерства здравоохранения области, Председателя Комиссии с просьбой перераспределения объемов медицинской помощи в отношении истца. Таким образом, ответчиком добросовестно исполнены свои обязательства по договору и ответчиком были осуществлены мероприятия по разрешению данного спора, при этом выделение объемов медицинской помощи не входит в компетенцию СМО, следовательно, она не может влиять на данный процесс;
- распределение объемов оказания медпомощи в судебном порядке, на чем, по сути, настаивает диализный центр, заявляя требования об оплате "сверхобъемной" медицинской помощи, не может носить ретроспективный характер, объемы медицинской помощи (как и средства бюджета ФОМС, предназначенные для их оплаты) имеют конечный характер. Иной подход означал бы ущемление прав и законных интересов медицинских организаций, участвующих в реализации ОМС, в пользу одной медицинской организации, бесконтрольно превышающей установленные объемы медицинской помощи и финансового обеспечения.

**Верховный Суд РФ отказал центру в пересмотре дела.**

## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

### Определение Верховного Суда РФ от 12 апреля 2023 г. N 302-ЭС23-3673

**Суд изменил договор между ТФОМС и медорганизацией в части объемов медпомощи, установленной территориальной комиссией**

ТФОМС настаивал на заключении дополнительного соглашения с медорганизацией - подписании нового приложения к договору на оказание и оплату медпомощи по ОМС, в котором были бы отражены объемы медпомощи, распределенные на очередной год решением территориальной комиссии по разработке терпрограммы ОМС.

Медорганизация возражала против заключения дополнительного заключения, так как в случае внесения в договор спорных изменений она будет лишена возможности предъявления требований об оплате дополнительного объема оказанных медицинских услуг, что приведет к нарушению её прав.

#### **Суды согласились с позицией ТФОМС:**

- обязанность ТФОМС инициировать внесение изменений в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на основании решения Комиссии установлена как условиями самого договора, так и возложена на Фонд самим решением Комиссии, являющимся обязательственным как для фонда, так и для СМО и медицинских организаций;
- условие договора об обязанности СМО производить оплату медицинской помощи только в пределах установленных Комиссией объемов медицинской помощи полностью соответствует ч. 6 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ и пп. 121, 122 Правил ОМС, утв. приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н;
- решение Комиссии не обжаловано медорганизацией в установленном законом порядке, в связи с чем, в отсутствие у медорганизации права на одностороннее изменение условий договора, увеличение (превышение) объемов оказания медицинских услуг, и оказание медицинских услуг, не предусмотренных для неё Территориальной программой, подлежат оценке как нарушение существенных условий договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС;
- ссылки медорганизации на то, что решение Комиссии не является нормативным правовым актом, не принимаются судом, поскольку решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников ОМС на территории субъекта Российской Федерации.

**Верховный Суд отказал в передаче жалобы в Судебную коллегия по экономическим спорам**

## ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА: новые решения ВС РФ

### Определение Верховного Суда РФ от 12 апреля 2023 г. N 301-ЭС23-3776

**Если решение о выделении объемов медпомощи было оспорено, но новые объемы не выделены, то оплачивается только ранее выделенный объем медпомощи**

Частная клиника взыскивала стоимость медицинской помощи, оказанной сверх объема, распределенного ей решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Требования были мотивированы следующим:

- спорная медпомощь была оказана, она отвечает требованиям к качеству;
- клиникой (в рамках иного судебного дела) заявлялось требование о признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в части выделения объемов медицинской помощи в рамках терпрограммы ОМС;
- клиника не должна нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи.

### **Отказывая в иске, суды отметили следующее:**

- в спорный период клиника оказала медицинские услуги с превышением объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии;
- клиника действительно направила в Комиссию по разработке терпрограммы ОМС заявки на перераспределение и увеличении объемов предоставления медицинской помощи. Однако в удовлетворении данных просьб было отказано, в связи с тем, что объемы медицинской помощи уже распределены;
- затем клиника оспорила решение Комиссии в части выделения объемов медицинской помощи в рамках терпрограммы ОМС;
- однако в рамках рассмотрения спора по выделенным объемам медпомощи арбитражный суд признал доказанным, что правовые основания для выделения клинике дополнительных объемов оказания медицинской помощи, не установленных Территориальной программой ОМС, у Комиссии отсутствовали;
- в рассматриваемом случае клиника, достоверно зная об установленных для неё объемах медпомощи и объемах финансового обеспечения, оказывала медицинскую помощь сверх установленных объёмов, нарушив тем самым существенные условия заключенного договора.

**Верховный Суд РФ отказал клинике в пересмотре дела.**



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

# ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ТФОМС



## Правоприменительная практика

**Выписка пациентов из дневного стационара с выдачей лекарств для приема не свидетельствует о прекращении медицинской помощи**

[Определение Верховного Суда РФ от 31 мая 2023 г. N 302-ЭС23-7957](#)

СМО в ходе ЭКМП, оказанной онкодиспансером, выявил нарушение по коду дефекта 3.4 "Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)".

Дело в том, что онкопациенты были преждевременно, по мнению СМО, выписаны из дневного стационара. По мнению онкодиспансера, нарушения не было - пациентам при выписке выдавались лекарства, которые они принимали дома, следовательно, не доказано отсутствия клинического эффекта от лечения.

Лечение в дневном стационаре в рассматриваемых случаях не предполагало другого лечения, кроме приема лекарственного препарата пациентами. У пациентов также не имелось иной возможности пройти курс лекарственной терапии, поскольку через аптечную сеть получить лекарства было невозможно. Диспансер также указал на наличие множества жалоб и обращений, связанных с возложением на пациентов обязанности ежедневно ездить в диспансер исключительно для получения спорного лекарства.

По итогам реэкспертизы качества медпомощи ТФОМС принял решение, что эксперты СМО пришли к правильным выводам, а претензия онкодиспансера необоснованна. Онкодиспансер оспорил это решение в суде и выиграл дело:

- согласно схеме лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии ЗНО (приложение к Тарифному соглашению) в отношении лекарств, использованных диспансером, количество дней введения предусмотрено в тарифе от 14 до 30 дней. Вместе с тем, в актах ЭЕМП по спорным случаям болезни длительность пребывания пациентов в дневном стационаре значится от 1 до 6 календарных дней;



## Правоприменительная практика

**Выписка пациентов из дневного стационара с выдачей лекарств для приема не свидетельствует о прекращении медицинской помощи**

[Определение Верховного Суда РФ от 31 мая 2023 г. N 302-ЭС23-7957](#)

- фонд полагает, что прием спорных лекарственных препаратов пациентами должен был производиться только в условиях дневного стационара, то есть пациенты должны ежедневно прибывать в дневной стационар для получения препарата, на протяжении всего срока от 14 до 30 дней в зависимости от наименования лекарства, а не принимать спорные лекарственные препараты после выписки из дневного стационара в домашних условиях. Выписка из дневного стационара учреждения раньше истечения указанного срока, с выдачей лекарств для приема в домашних условиях, свидетельствует о наличии нарушений с [кодом 3.4](#) приложения N 1 к [Порядку](#) проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;
- вместе с тем, "[код 3.4](#)" предусматривает нарушение в виде преждевременного с клинической точки зрения прекращения оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта. При этом законом прямо предусмотрена возможность оказания медицинской помощи не только в условиях стационара или дневного стационара, но и вне медицинской организации, в том числе амбулаторно;
- согласно пояснениям диспансера в спорных случаях выписка пациентов из дневного стационара сопровождалась выдачей пациентам на руки лекарственного препарата для его приема в домашних условиях и указанием пациентам рекомендаций по разовой дозе, по кратности и продолжительности приема препарата, по дате следующей госпитализации с учетом количества лекарственного препарата, выданного на руки;
- при этом из материалов дела и пояснений лиц, участвующих в деле, не следует, что прохождение курса противоопухолевой лекарственной терапии в дневном стационаре предполагало иное лечение, помимо приема лекарственных препаратов;



## Правоприменительная практика

**Выписка пациентов из дневного стационара с выдачей лекарств для приема не свидетельствует о прекращении медицинской помощи**

[Определение Верховного Суда РФ от 31 мая 2023 г. N 302-ЭС23-7957](#)

- ссылки фонда на отсутствие наблюдения при приеме лекарственных препаратов вне дневного стационара отклоняются, поскольку отсутствие наблюдения в дневном стационаре не подтверждает прекращения оказания медицинской помощи в виде курса противоопухолевой лекарственной терапии. Медицинская помощь - это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, под которыми понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Кроме того, как следует из [ч. 3 ст. 32](#) Закона об основах охраны здоровья граждан, лечение и наблюдение не являются равнозначными понятиями,
- указанные обстоятельства подтверждают доводы заявителя о том, что выписка пациентов из дневного стационара, с выдачей лекарств для приема в домашних условиях, не свидетельствует о прекращении медицинской помощи пациентам;
- суд также отмечает необоснованность доводов фонда о наличии у пациентов возможности пройти лекарственную терапию в амбулаторных условиях путем получения лекарственных препаратов за счет краевого бюджета по бесплатным рецептам, поскольку согласно пункту 5.1 Тарифного соглашения финансовое обеспечение оказания медпомощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) осуществляется за счет средств ОМС. Согласно законам о краевом бюджете в краевом бюджете на спорный период не было запланировано расходов на обеспечение онкопациентов препаратами химиотерапии, получить спорные лекарственные препараты через аптечную сеть по бесплатным рецептам пациенты не могли. Кроме того, наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению, в том числе лекарственной терапии, требующей наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара, является показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме;



## Правоприменительная практика

**Выписка пациентов из дневного стационара с выдачей лекарств для приема не свидетельствует о прекращении медицинской помощи**

[Определение Верховного Суда РФ от 31 мая 2023 г. N 302-ЭС23-7957](#)

кроме того, ни фондом, ни СМО в материалы дела не представлено доказательств, позволяющих установить то, на основании каких фактов и исследований по итогам спорных реэкспертиз фонд пришел к выводу об отсутствии клинического эффекта от противоопухолевого лечения. Доводы фонда о том, что выписка из дневного стационара и вызванное выпиской отсутствие ежедневного наблюдения свидетельствуют об отсутствии эффекта от лечения, не позволяют оценить положительный или отрицательный эффект, отклоняются, так как плановая оценка эффективности химиотерапии выполняется каждые 6-12 недель (в зависимости от вида опухоли и задач терапии), оценка эффективности лечения проводится по истечении значительных промежутков времени. Лекарственные препараты обладают накопительным, а не моментальным эффектом;

- ТФОМС не обосновал то, каким образом прием лекарственного препарата в домашних условиях, а не в условиях дневного стационара, повлиял на клинический эффект от противоопухолевой лекарственной терапии. Доказательств того, что указанные действия учреждения повлияли на сам факт приема пациентами лекарственного препарата, в материалы дела фондом не представлено. Следовательно, отсутствие клинического эффекта не подтверждено;

- диспансером в материалы дела представлены обращения от центра социально-психологической реабилитации онкобольных и лиц групп риска, ассоциации онкопациентов и прокуратуры, из которых следует, что пациенты из-за своего состояния не могут ежедневно ездить для получения лекарства;

- при таких обстоятельствах, суд приходит к выводу о том, что фонд неправомерно вменил онкодиспансеру нарушения по спорному [коду 3.4](#), что, в свою очередь, свидетельствует о неправомерности решений по результатам реэкспертизы.

**ВС РФ отказал ТФОМСу в пересмотре дела.**





## Правоприменительная практика

**Оформление ИДС на применение отдельных конкретных препаратов и их комбинаций законодательством РФ не предусмотрено**

[Определение Верховного Суда РФ от 19 мая 2023 г. N 307-ЭС23-6695](#)

СМО отказывала онкодиспансеру в оплате оказанной медицинской помощи по ОМС, ссылаясь на применение [кода дефекта 4.3](#) (предусматривает отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством РФ случаях). По мнению СМО, в медицинской документации нет ИДС пациентов на применение **отдельных конкретных препаратов и их комбинаций в рамках химиотерапевтических схем**, предусмотренных действующими клиническими рекомендациям, что и является основанием применения кода дефекта 4.3.

**Однако суды не согласились с этим:**

- в соответствии с [ч. 1 ст. 20](#) Закона об основах охраны здоровья граждан необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. **Пациент при каждой госпитализации дает письменное добровольное согласие на медицинское вмешательство;**



## Правоприменительная практика

**Оформление ИДС на применение отдельных конкретных препаратов и их комбинаций законодательством РФ не предусмотрено**

[Определение Верховного Суда РФ от 19 мая 2023 г. N 307-ЭС23-6695](#)

- в данном случае в медицинских картах по спорным случаям оказания медицинской помощи имеются согласия, подписанные пациентами, в частности присутствуют три вида ИДС: на химиотерапевтическое лечение с указанием всех возможных осложнений лечения; на определенный вид медицинского вмешательства, осуществляемого при оказании всех видов медицинской помощи (курс лекарственной терапии); на медицинское вмешательство, в том числе с согласием на проведение лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций;

- ИДС, которые даны пациентами, в рассматриваемых случаях не противоречат [Закону](#) N 323-ФЗ, содержат предупреждения пациентов о возможных осложнениях лечения, а также указания на наименования вида медицинского вмешательства;

- наличие в медицинской документации добровольного информированного согласия пациента на применение отдельных конкретных препаратов и их комбинаций законодательством РФ не предусмотрено.

Доводы СМО о неправильном оформлении ИДС не основаны на нормах права, а также противоречат буквальному содержанию рассматриваемого кода дефекта.

**Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела.**



## 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.**



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

## НЕЦЕЛЕВОЕ РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ В ОМС



## ИНСТРУКЦИЯ: проверяем расходы за счет средств ОМС

### Инструкция проверки правильности произведенного расхода за счет средств ОМС

Любой расход, осуществляемый за счет средств ОМС, при проведении контрольных мероприятий связан с риском признания его нецелевым.

Оценка риска - это определение вероятности наступления нежелательного события «взыскания с медицинской организации соответствующих санкций»





## Нецелевые расходы

Заработная плата по завышенным окладам, установление надбавок, неподтвержденных документально (категория, вредность, стаж, аккредитация или сертификат специалиста), оплата за нерабочие дни (не подтвержденные табелем учета рабочего времени)	<a href="#">Республика Дагестан</a> , <a href="#">Алтайский край</a> , <a href="#">Липецкая область</a> , <a href="#">Тюменская область</a> ; <a href="#">Чукотский АО</a>
Установление надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате работникам медицинских организаций ведомственного подчинения и частной формы собственности сверх размеров, установленных законодательством Российской Федерации или субъекта РФ	<a href="#">Республика Алтай</a> , <a href="#">Красноярский край</a> и <a href="#">Приморский край</a> ; <a href="#">Липецкая область</a> , <a href="#">Свердловская область</a> , <a href="#">Ульяновская область</a>
Премии и поощрения не связанные с исполнением трудовой функции: к праздничным и юбилейным датам, при выходе на пенсию, при рождении ребенка, за работу в аккредитационной комиссии, руководство практикой студентов и т.п.	<a href="#">Алтайский край</a>
Оказание материальной помощи в связи со смертью близкого родственника, с трудным финансовым положением, с рождением детей	<a href="#">Республика Дагестан</a> , <a href="#">Алтайский край</a> и <a href="#">Пермский край</a>
Медикаменты и изделия медицинского назначения: - лекарственные изделия, не входящие в перечень ЖНВЛ и не подтвержденные врачебной комиссией; - донорская кровь; - для формирования и пополнения резерва в целях оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и ликвидации последствий эпидемий	<a href="#">Республика Адыгея</a> ; <a href="#">Пермский край</a> ; <a href="#">Иркутская область</a> , <a href="#">Мурманская область</a> , <a href="#">Новгородская область</a> , <a href="#">Орловская область</a>
Вакцина для прививок, определенных Национальным календарем	<a href="#">Республика Адыгея</a> и <a href="#">Крым</a> ; <a href="#">Пермский край</a> ; <a href="#">Иркутская область</a> , <a href="#">Мурманская область</a> , <a href="#">Новгородская область</a> , <a href="#">Орловская область</a> , <a href="#">Ульяновская область</a>

## Нецелевые расходы

Расходы, связанные с капитальными вложениями и капитальным ремонтом, оплатой услуг по составлению проектно-сметной документации, на проведение обследования строительных конструкций помещений, в которых планируется размещение тяжелого оборудования	<a href="#">республики Адыгея, Дагестан, Крым; Алтайский, Приморский и Пермский края; Иркутская, Курганская, Московская, Мурманская, Новгородская, Орловская, Самарская, Свердловская, Челябинская, Ярославская области</a>
Расходы на оплату работ и услуг по благоустройству, формирующих капитальные вложения	<a href="#">Пермский край</a>
Расходы по <a href="#">подстатье 228</a> КОСГУ: полный запрет или запрет на расходы приобретения услуг, работ для целей капитальных вложений в нефинансовые активы, формирующие стоимость основных фондов (за исключением материальных запасов)	<a href="#">республика Дагестан, Крым; Московская область</a>
Проведение научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, геологоразведочных, проектных и изыскательных работ	<a href="#">Орловская область</a>
Содержание имущества, не используемого в реализации программ ОМС, в т.ч. оплата коммунальных услуг за помещения, сдаваемые в аренду, не используемые в реализации программ ОМС	<a href="#">республика Дагестан; Пермский край</a>



## Нецелевые расходы

Содержание жилищного фонда	<a href="#">Курганская область</a>
Расходы на ДМС сотрудников	<a href="#">Республика Адыгея</a> , <a href="#">Мурманская область</a>
Расходы на рекламу	<a href="#">Республика Адыгея</a>
Недостачи медикаментов, продуктов питания, инструментария, оборудования и других материальных ценностей, установленные в том числе по результатам инвентаризации и выбытие которых не подтверждено первичными учетными документами	<a href="#">Республика Дагестан</a>
Расходы на оплату договоров на оказание аудиторских услуг	<a href="#">Пермский край</a>
Расходы по обеспечению медицинских организаций квалифицированными кадрами, в части выплат мер социальной поддержки и оплаты обучения студентов	<a href="#">Алтайский</a> и <a href="#">Приморский края</a> ; <a href="#">Иркутская область</a>
Расходы на повышение квалификации, в том числе выплату командировочных расходов, сотрудников, не оказывающих помощь в рамках программы ОМС: фтизиатры, психиатры, наркологи, венерологи и т.д., а также оказывающих медицинскую помощь на платной основе	<a href="#">Алтайский край</a>
Расходы на оплату договоров по программам дополнительной профессиональной подготовки кадров, образовательных программ среднего профессионального образования и по образовательным программам высшего образования	<a href="#">Пермский край</a>

## Нецелевые расходы

Расходы на оплату пеней, штрафов, иных форм неустоек	<a href="#">республика Адыгея; Пермский край; Иркутская, Липецкая области</a>
Уплата государственных пошлин и судебных издержек, возмещение морального и материального вреда, исполнение обязательств по судебным делам	<a href="#">Пермский край</a>
Расходы на мероприятия, не являющихся обязательными для обеспечения деятельности МО в рамках программы ОМС, финансирование которых определено за счет средств бюджета: - санитарно-противоэпидемических; - по гражданской обороне; - связанных с пропагандой здорового образа жизни.	<a href="#">Республика Адыгея; Алтайский край; Орловская область</a>
Расходы на проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц занимающихся спортом. Оценка уровня физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, не подлежат оплате из средств ОМС. Обслуживание спортивных и культурных мероприятий	<a href="#">республика Адыгея; Краснодарский край; Новгородская область, город Севастополь, Чукотский АО</a>
Расходы на оснащение медицинских кабинетов образовательных учреждений согласно стандарту оснащения ( <a href="#">приказ</a> Минздрава России от 05.11.2013 N 822н)	<a href="#">Республика Адыгея, Алтайский край</a>



## Правоприменительная практика

### Внештатный врач за счет ОМС: противоречивая судебная практика

[Решение АС Калининградской области от 7 июня 2023 г. по делу N А21-3922/2023](#)

[Постановление Второго ААС от 2 мая 2023 г. N 02АП-174/23 по делу N А28-1056/2022](#)

[Постановление АС Волго-Вятского округа от 18 апреля 2023 г. N Ф01-1303/23](#)

**В копилке судебной практики появилось еще несколько разбирательств.**

**В первом случае больница заключила с врачами сторонних медорганизаций договоры на выполнение услуг по консультации больных. Расходы оплатила средствами ОМС. Привлеченные специалисты не были зарегистрированы как ИП и не имели лицензий на оказание медпомощи по соответствующему профилю. ТФОМС признал расходы по оплате их услуг - без малого 1 млн рублей - нецелевыми. По мнению ревизоров, наличие у больницы лицензии на оказание медицинской помощи предполагает наличие в ее штате соответствующих медицинских работников. А заключать договоры ГПХ с нелицензированными медиками недопустимо.**

Однако суды трех уровней не согласились с таким подходом проверяющих. Врачи-консультанты имеют необходимые аттестаты / сертификаты. Больница имеет лицензии на все виды медицинской помощи, для которой привлекались сторонние специалисты. Услуги, оказываемые этими врачами, входят в структуру тарифа на оплату медицинской помощи - в перечне медицинских мероприятий, необходимых для диагностики заболевания/состояния, предусмотрено врачебное консультирование пациентов по медицинским показаниям. А значит оплата труда врачей-консультантов, в том числе выплата им вознаграждения по гражданско-правовым договорам, должна осуществляться за счет средств ОМС. 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.



## Правоприменительная практика

### Внештатный врач за счет ОМС: противоречивая судебная практика

Аналогичная ситуация стала поводом и для **второго** разбирательства. Ревизоры посчитали, что оказание услуг специалистами, не имеющими лицензии, незаконно. Больница не вправе оплачивать их работу за счет ОМС - на них не распространяется действие лицензии медицинской организации, поскольку привлеченные к оказанию медицинской помощи лица не являются ее работникам.

Но судьи и в этот раз были на стороне медучреждения. ТФОМС формально подходит к вопросу, делая выводы о нецелевом использовании средств только лишь на основании отсутствия лицензии у привлеченных специалистов. Поскольку врачи-консультанты не занимаются частной практикой, они действительно не имеют регистрации в качестве индивидуального предпринимателя и не имеют лицензии на осуществление самостоятельной медицинской деятельности. Однако это не означает, что они не имеют права оказывать специализированную медицинскую помощь. Спорные затраты больницы на оплату услуг врачей-консультантов непосредственно связаны с оказанием медицинской помощи пациентам.

А вот в **третьем** случае суд согласился с ревизорами и постановил вернуть в бюджет фонда средства ОМС, направленные на выплату вознаграждения двум врачам по гражданско-правовым договорам. Больница не смогла доказать необходимость привлечения сторонних специалистов для оказания консультационных услуг. При этом в штате учреждения состояли врачи аналогичного профиля - ту же работу они выполняли на условиях совместительства. Но вознаграждение врачей, работавших по договорам ГПХ, было выше зарплаты штатных специалистов. А по окончании срока действия договоров, оба специалиста были приняты в штат. Что мешало сделать это сразу вместо заключения договоров ГПХ, учреждение пояснить не смогло.



## Правоприменительная практика

**Восстановление денежных средств на лицевом счете ОМС является возвратом средств ОМС, использованных не по целевому назначению**

[Определение Верховного Суда РФ от 21 июня 2023 г. N 309-ЭС23-9499](#)

Проверка ТФОМС выявила нецелевое использование больницей средств ОМС (стимулирующие выплаты за особые условия труда и дополнительную нагрузку медработникам, оказывающим медицинскую помощь пациентам с COVID). В акте проверки содержалось требование о возврате в бюджет ТФОМС "нецелевой суммы". Больница успешно оспорила акт проверки в данной части; удовлетворяя данное требование, суды указали:

- проведенной проверкой установлены факты нецелевого расходования денежных средств ОМС. Нецелевой характер использования указанных средств не оспаривался по существу и самой больницей;
- однако, как установлено самим Фондом в ходе проверки, **в порядке устранения допущенного нарушения больницей фактически произведено восстановление денежных средств в спорной сумме с лицевого счета в виде субсидии на иные цели на лицевой счет ОМС.** Сведений о дальнейшем использовании восстановленных на лицевом счете бюджетных средств не в соответствии с их целевым назначением материалы дела не содержат;
- в то же время, акт проверки в рассматриваемой части содержит требование о возврате больницей указанных средств ОМС, использованных не по целевому назначению, путем их перечисления в течение 10 рабочих дней со дня предъявления данного требования в бюджет ТФОМС;
- в рассматриваемой ситуации такое требование ТФОМС фактически является не требованием о возврате использованных не по целевому назначению средств ОМС, а требованием о повторном перечислении уже восстановленных учреждением средств;



## Правоприменительная практика

**Восстановление денежных средств на лицевом счете ОМС является возвратом средств ОМС, использованных не по целевому назначению**

[Определение Верховного Суда РФ от 21 июня 2023 г. N 309-ЭС23-9499](#)

Фонд обоснованно ссылается на то обстоятельство, что положения [ч. 9 ст. 39](#) Закона N 326-ФЗ не предусматривают возможность восстановления денежных средств медорганизацией на собственном лицевом счете, а предписывают вернуть использованные не по целевому назначению средств в бюджет ТФОМС.

Однако самостоятельное восстановление медорганизацией на лицевом счете средств ОМС, ранее использованных не по целевому назначению, означает дальнейшее использование заявителем этих восстановленных средств на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, то есть по целевому назначению, а потому Фонд, обязывая больницу повторно перечислить в бюджет ТФОМС спорную сумму, по существу не восстанавливает потери бюджета Фонда, а дополнительно изымает денежные средства в спорной сумме, что может расцениваться в качестве не предусмотренной законом меры ответственности (штрафа) в размере 100% от суммы нецелевого использования;

- возражения ТФОМС в отношении позиции суда основаны на формальном отсутствии нормативно установленной процедуры восстановления денежных средств, использованных не в соответствии с целевым назначением, на лицевом счете получателя бюджетных средств, а также на том обстоятельстве, что в силу [ч. 5 ст. 242](#) Бюджетного кодекса РФ подлежащие перечислению в бюджет ТФОМС денежные средства в дальнейшем должны перечисляться в бюджет федерального фонда (что, по мнению ТФОМС, исключает возможность получения им спорных денежных средств в двойном размере);



## Правоприменительная практика

**Восстановление денежных средств на лицевом счете ОМС является возвратом средств ОМС, использованных не по целевому назначению**

[Определение Верховного Суда РФ от 21 июня 2023 г. N 309-ЭС23-9499](#)

- между тем, такая позиция Фонда не учитывает имевшее место фактическое использование больницей в спорные периоды восстановленных на своем лицевом счете средств Фонда в соответствии с их целевым назначением. Перечисление заявителем аналогичной суммы в бюджет ТФОМС Челябинской области (и последующее ее перечисление в бюджет Федерального ФОМС) по сути будет означать оказание больницей за счет собственных средств медицинских услуг, подлежащих оказанию за счет средств Фонда ОМС;

- наличие у больницы умысла в совершении указанного нарушения нормативных требований о целевом расходовании бюджетных средств для целей разрешения вопроса о правомерности требования в части возврата спорной суммы денежных средств правового значения не имеет.

Верховный Суд РФ отказал ТФОМС в пересмотре дела, поскольку доводы кассационной жалобы не позволяют сделать вывод о том, что при рассмотрении дела допущены нарушения норм права, приведшие к судебной ошибке существенного и непреодолимого характера.



## 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 средств 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!**