



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

# ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

НОЯБРЬ 2024 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ  
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

**ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА  
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»**

**ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ**

**Ноябрь 2024 года. Выпуск №11 (51)**

**Ежемесячная подборка тематических статей и комментариев специалистов по правовым, организационным и экономическим вопросам.**

**Оглавление**

- 1. Обзор Президиума Верховного Суда РФ по спорам в сфере ОМС: что интересного? .....2**
- 2. Минздрав РФ: клинические рекомендации не могут содержать нормативных предписаний .....3**
- 3. С марта 2025 года планируют ввести новую номенклатуру медуслуг .....4**

**Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»**

**При поддержке компании ООО «Новартис Фарма»**

# 1. Обзор Президиума Верховного Суда РФ по спорам в сфере ОМС: что интересного?

Обзор судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании (утв. Президиумом ВС РФ 27 ноября 2024 г.)

Президиум Верховного Суда РФ впервые утвердил отдельный Обзор судебной практики по делам сферы ОМС. В обзоре представлены 39 правовых позиций, основанных на делах, которые, в основном, ранее попадали в наши новости.

Свои правовые позиции Верховный Суд РФ сгруппировал по разделам:

- **споры между ТФОМС и медорганизациями.** Отмечено, что оплачивать специализированную медпомощь, - кроме экстренной и неотложной, - нужно только в том случае, если у пациента было **направлена** на нее от врача из поликлиники, к которой он **прикреплен** (неважно, получил он помощь в другом регионе или в своем). Уточнено, что даже если Комиссия по разработке ТП ОМС уменьшила объем медпомощи, то медпомощь, правомерно оказанная до этого момента, подлежит оплате в полном объеме (пп. 1, 3 Обзора). Описки и другие **технические ошибки** в счетах и реестрах счетов не могут влечь отказа в оплате медпомощи (п. 10 Обзора). Отдельно отмечен риск привлечения к ответственности медорганизации системы ОМС, которая оказала пациенту медицинские услуги за плату, хотя могла оказать их за счет средств ОМС, - если она не докажет, что должным образом проинформировала пациента о праве получить ту же помощь бесплатно (п. 8 Обзора);

- **споры между медорганизациями и Комиссиями** по разработке территориальных программ ОМС. В частности, указано, что если медорганизация обращается в Комиссию за увеличением выделенного ей объема, то она должна доказать обоснованность и законность испрашиваемых объемов (п. 14 Обзора), если Комиссия рассмотрела такое заявление, но так и не вынесла итогового решения по нему (об отказе или удовлетворении), то она незаконно бездействует (п. 13 Обзора);

- **споры между медорганизациями и СМО.** Так, отмечено, что СМО, поскольку не наделены правом перераспределения объемов выделенной медпомощи, сами оплачивать сверхобъем не могут, однако медорганизация может получить оплату за оказанные медуслуги сверх установленных объемов, если эти услуги оказаны в экстренной форме (п. 15, п. 17 Обзора), превышение объема медпомощи, выделенного на месяц, если не превышены выделенные совокупные годовые объемы - не нарушение, а взыскать с медорганизации аванс можно лишь в том единственном случае, если не выполнила распределенные ей объемы медпомощи (п. 18, п. 19 Обзора);

- **споры между ТФОМС и СМО.** В частности, высказана позиция об отсутствии у ТФОМС обязанности возместить СМО пени, которые СМО выплатила медорганизации в связи с просрочкой оплаты медпомощи из денег НЗС, если ТФОМС принял все необходимые меры по своевременному предоставлению денежных средств из НЗС в адрес СМО и не уклонялся от их перечисления (п. 21 Обзора);

- **ответственность участников системы ОМС.** Вновь указано, что при спорах между ТФОМС положения ст. 395 ГК РФ не применяются (см. п. 25 Обзора, ранее эта позиция высказывалась в другом Обзоре), а также, что суд вправе снизить размер пеней, взыскиваемых с медорганизаций, если он несоразмерен характеру нарушения и его последствиям. Также Президиум ВС РФ обратил внимание, что наказывать СМО за непредъявление регрессных

исков (о возмещении расходов на лечение к причинителю вреда) можно только в тех случаях, когда у СМО была информация, необходимая для подачи такого иска (п. 24 Обзора);

- **дела по оспариванию нормативных правовых актов, действий и решений** уполномоченных органов. В частности, высказана позиция о том, что оплата из ОМС оказанного медорганизацией "сверхобъема", - кроме экстренной помощи, см. п. 17, - возможна только при условии, что медорганизация исполнила возложенную на нее обязанность по корректировке объемов путем обращения в комиссию по разработке ТП ОМС (п. 32 Обзора), обращено внимание, что расходы медорганизаций на оплату аудиторских услуг не могут оплачиваться из средств ОМС (п. 29 Обзора), в оплате оказанной вне медорганизации скорой медпомощи нельзя отказать из-за того, что скорую вызвали не по номеру 112 (п. 33 Обзора), ТФОМС вправе проверять аффилированность СМО и медорганизации (п. 35 Обзора);

- **процессуальные вопросы.** Отмечено, что суд вправе оценивать акт ЭКМП только в делах об оспаривании решений/заключений ТФОМС, основанных на данном акте (п. 37 Обзора), ТФОМС вправе обращаться в суд с требованием к медорганизации о предоставлении документов, необходимых для проведения проверки (п. 38 Обзора), решения Комиссии по разработке ТП ОМС не имеют обратной силы, если на это прямо не указано в законе (п. 39 Обзора).

## **2. Минздрав РФ: клинические рекомендации не могут содержать нормативных предписаний**

### **Письмо Минздрава России от 30 октября 2024 г. N 17-1/3135293-61313**

Министерство здравоохранения России изложило собственную позицию о юридической природе клинических рекомендаций:

- клинические рекомендации (далее также КР) - в отличие от нормативных правовых актов - разрабатываются не органом исполнительной власти, а медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (далее - МПНКО) по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний). Минздрав лишь формирует перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются КР, однако МПНКО могут разработать КР и по тем заболеваниям/ состояниям, которых в данном перечне нет;

- КР, одобренные научно-практическим советом и утвержденные МПНКО, размещаются на официальном сайте Минздрава России в сети "Интернет" (Рубрикатор клинических рекомендаций) - заметим, - в отличие от нормативных правовых актов, которые публикуются на [pravo.gov.ru](http://pravo.gov.ru);

- в связи с этим, полагает Минздрав, клинические рекомендации не являются **ни нормативными, ни правовыми актами** и, следовательно, не могут содержать нормативных предписаний;

- но при этом лечащий врач - выбирая тактику диагностики и лечения заболевания в зависимости от особенностей заболевания и/или состояния пациента, - должен использовать

в качестве основы своей деятельности, в том числе, клинические рекомендации и порядки оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

Отметим, что вывод о ненормативном характере КР является далеко не бесспорным, учитывая, что ч. 10 ст. 3 Закона об основах охраны здоровья граждан ясно и недвусмысленно относит КР к **нормативным правовым актам**, принимаемым в соответствии с настоящим Федеральным законом и **устанавливающим обязательные требования**. При этом довод ведомства о несоответствии процедуры принятия и опубликования КР тем требованиям, что установленным в Правилах подготовки нормативных правовых актов ФОИВ и их госрегистрации (утв. постановлением Правительства РФ от 13.08.1997 N 1009), может быть преодолен тем, что отдельный, специальный порядок принятия и опубликования данных актов установлен не Кабмином, а федеральным законом, и возникшая ситуация разрешается применением общеправового принципа "lex specialis derogat generali", определяющим критерий выбора в случае конкуренции общей и специальной норм.

Однако - что более важно - даже указанный тезис Минздрава о ненормативном и неправовом характере КР вовсе не отменяет их обязательности, поскольку:

- согласно прямому указанию Закона об основах охраны здоровья граждан медицинская помощь организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций, а медорганизация обязана обеспечивать оказание пациентам именно такой медпомощи (на основах КР),

- качество медпомощи, оказанной в рамках ОМС, оценивается именно на соответствие КР.

Нельзя не отметить также, что Верховный Суд РФ прямо высказался об обязательности КР (и даже с приданием им обратной силы, мы подробно писали об этом), а нижестоящие суды санкционируют использование КР территориальными органами Росздравнадзора в целях проведения лицензионных проверок медорганизаций (обзор такого дела недавно попал в наши новости).

Наконец, данного подхода придерживаются и судебные эксперты - а именно они формируют заключение о качестве спорной медицинской помощи для суда.

### **3. С марта 2025 года планируют ввести новую номенклатуру медуслуг**

#### **Проект Приказа Минздрава России (подготовлен 05.11.2024)**

Минздрав РФ представил проект новой номенклатуры медицинских услуг, разработанной взамен действующей (от 2017 г.).

Новая номенклатура позволит присваивать медицинской услуге более точный и информативный код:

- предполагается, что код медицинской услуги будет содержать, минимум, 13 символов (сейчас код услуги кодируется записью из 8-11 или 8-12 знаков);

- при этом будет предусмотрена возможность дополнительного расширения кода услуги до 33 знаков,

- более сложным станет алгоритм кодирования услуги. Сейчас он предполагает 5 шагов: 1. указание раздела ("А" или "В", то есть услуга, имеющая самостоятельное законченное значение, и комплекс услуг, имеющий самостоятельное законченное значение), 2. указание типа услуги, 3. указание класса услуги, 4. указание вида услуги, 5. указание подвида услуги. В новой Номенклатуре Минздрав предлагает кодировать услугу с помощью 6 ступеней кодирования: 1. указание раздела (например, оперативные вмешательства, лабораторные исследования, лечебно-диагностические приемы и т. п., при этом разделы 01 - 11 включают услуги, представляющие собой виды медвмешательств, имеющих самостоятельное законченное значение, разделы 12 и 13 - это медуслуги, представляющие собой комплекс медвмешательств, раздел 14 - судебно-медицинская / судебно-психиатрическая экспертиза), 2. указание объекта, 3. указание типа действия/ метода исследования или воздействия / группы лабораторных исследований и т.п. 4. указание порядкового номера (кода) услуги, 5. указание способа/доступа выполнения услуги / подвида лучевой терапии / метода выполнения исследования/профиля койки и т. п. 6. указание дополнительного кода расширения (при необходимости).

Приведем наглядный пример отличия действующих кодов и планируемых изменений.

Код услуги		Наименование услуги
по Номенклатуре N 804н	по проекту новой Номенклатуры	
A01.03.004	01.MRA.06.001.008	Перкуссия костной системы
A04.03.003	02. MRA.01.001	Денситометрия ультразвуковая
A06.03.061	02. MRA.03.001	Денситометрия рентгеновская
B01.057.001	12.DF1.01.001.000	Прием врача-хирурга (первичный)

По мнению Минздрава РФ, предложенный способ кодирования услуг позволяет отразить сущность медицинской услуги в уникальном коде услуги, без дублирования, и обеспечит увеличение числа медицинских услуг по мере развития системы здравоохранения без изменения методологии.

Отметим, что Минздрав РФ исключил из проекта новой номенклатуры часть тех медицинских услуг, законность нахождения которых в действующей Номенклатуре оспаривалась в Верховном Суде РФ. Так, в проект не включены такие услуги (сейчас отнесенные к медицинским), как "Удаление кожного сала", "Дермапигментация (перманентный татуаж)", "Ванны воздушно-пузырьковые (жемчужные)", "Кинематография".

Однако в новой Номенклатуре предложено оставить такие "спорные" медуслуги, как лазерная эпиляция, втирание лекарственных препаратов и косметических средств в волосистую часть головы, измерение окружности головы, шеи, подбор и настройка слухового аппарата, а также механическую чистку кожи лица ложкой Уно.