



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ДЕКАБРЬ 2021 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

 NOVARTIS

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

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Декабрь 2021 года. Выпуск №12 (16)

Обновляемые подборки практических решений, вопросы-ответы по наиболее актуальным правовым, организационным и экономическим вопросам в сфере здравоохранения

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании «ГАРАНТ»)	2
1. Верховный Суд РФ отказывает в оплате из средств ОМС "сверхобъемной" медпомощи	2
2. Верховный Суд РФ вновь признал законной оплату из ОМС сверхобъемной медпомощи	3
3. Несоблюдение условий лицензии стало причиной миллионной "нецелевки" средств ОМС	4
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	5
1. Может ли утилизация остатков льготных лекарств за счет ОМС может привести к "нецелевке"? (правоприменительная практика)	5
2. Каков порядок подачи реестров счетов в ФФОМС на сверхобъемную медпомощь?	5

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

I. ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании «ГАРАНТ»)

1. Верховный Суд РФ отказывает в оплате из средств ОМС "сверхобъемной" медпомощи

Определение Верховного Суда РФ от 11 ноября 2021 г. N 308-ЭС21-5947

Практика оплаты качественной медицинской помощи, оказанной сверх распределенных медорганизации объемов в рамках терпрограммы ОМС, может резко "развернуться". Тройка судей Верховного Суда РФ пересмотрела одно из таких дел, причем не с первой попытки:

- поначалу судья ВС отклонил жалобу ТФОМС на акты краевого арбитражного суда и суд округа (о том, что спорная помощь подлежит оплате), исходя из доказанности оказания медицинских услуг в соответствии с программой ОМС и отсутствия нарушений медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи при оказании медицинских услуг, оказанных сверх объема, установленного решением комиссии по разработке Терпрограммы ОМС, поскольку медорганизации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медпомощи. В пересмотре дела было отказано;

- однако новая жалоба ТФОМС попала в руки нового зампреда ВС РФ (Ирины Подносовой), которая сочла доводы жалобы заслуживающими внимания и передала ее на рассмотрение СК по экономическим спорам ВС РФ.

Пересмотрев дело, СКЭС пришла к выводу, что сверхнормативная медпомощь оплате не подлежит:

- договор между ТФОМС и СМО о финобеспечении ОМС обязательно должен содержать положения, предусматривающие обязанности ТФОМС по контролю за деятельностью СМО, а случае выявления нарушений договорных обязательств терфонд при возмещении СМО затрат на оплату медпомощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств,

- контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи осуществляется путем проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП,

- в определении Апелляционной коллегии ВС РФ от 20.02.2020 N АПЛ19-569 (мы подробно рассказывали об этом деле ранее) отмечается, что пункт 5.3.2 Приложения 8 к Порядку N 36 относит к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, являющимся основанием для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медпомощи), предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема; счета и реестры счетов на оплату медпомощи должны представляться медорганизацией в пределах установленных ей объемов; действующим законодательством предусмотрены необходимые правовые инструменты для обоснованной корректировки распределенного комиссией объема медпомощи;

- в спорном случае у медорганизации нет права на истребование у СМО спорной суммы, потому что 1. медорганизацией оказаны услуги с превышением объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Теркомиссии; 2. счета и реестры счетов на спорную сумму не прошли формально-логический контроль в ТФОМС; 3. медорганизация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медпомощи.

2. Верховный Суд РФ вновь признал законной оплату из ОМС сверхобъемной медпомощи

Определение Верховного Суда РФ от 26 ноября 2021 г. N 305-ЭС21-22045

СКЭС ВС РФ в очередной раз рассмотрел жалобу ТФОМС на судебные акты, которыми в пользу клиники были взысканы почти 5 млн рублей в счет оплаты медпомощи, оказанной клиникой сверх объемов, выделенных ей Теркомиссией по разработке терпрограммы ОМС.

ТФОМС приводил следующие доводы:

- превысив установленный договором объем медпомощи, клиника допустила тем самым одностороннее изменение договора;
- действующее законодательство и условия договора не предусматривают возможности производить оплату медпомощи, оказанной застрахованному лицу, сверх объемов предоставления медицинской помощи, установленных для медорганизации решением Комиссии;
- при исчерпании выделенных объемов оказания медпомощи клиника обязана перенаправить пациента в другое медицинское учреждение для получения медицинской помощи по соответствующему профилю;
- если СМО оплатит сверхобъемную медпомощь, это будет нецелевым расходом средств ОМС, за что в отношении СМО предусмотрены санкции - экономическая в размере 100% суммы нецелевого использования средств и штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств;
- клиника не доказала наличие оснований для увеличения объемов медпомощи.

Суды отказали ТФОМС, отметив, что:

- договоры об оказании и оплате медпомощи по ОМС реализуют право граждан на гарантированное в статье 41 Конституции РФ право на медицинскую помощь, то есть заключаются для выполнения социальной функции государства в отношении всего населения страны и не могут ограничиваться лишь правами и обязанностями сторон договора;
- превышение истцом запланированного объема оказанных услуг в спорный период было вызвано необходимостью оказывать медуслуги застрахованным ответчиком пациентам, вместе с тем медорганизация не может отказать в оказании медпомощи по мотивам превышения запланированных объемов, исходя из положений Закона N 323-ФЗ;

- оказанные клиникой услуги входили в Терпрограмму ОМС, были оказаны с надлежащим качеством и предъявлены к оплате в соответствии с действующим тарифом;

- что касается непредставления клиникой доказательств, подтверждающих основания изменения объемов, предусмотренных статьей 38 Закона 326-ФЗ, то обязанность обоснования корректировки объемов оказания медпомощи законодательством на медицинскую организацию не возложена (ч. 6 ст. 38 Закона 326-ФЗ);

- поскольку законодательство гарантирует оказание гражданам бесплатной медпомощи в системе ОМС, медуслуги, оказанные истцом в надлежащем порядке застрахованным лицам, в том числе сверх установленного объема медпомощи, относятся к страховым случаям и подлежат оплате страховой компанией.

Верховный Суд РФ (судья Тютин Д.В.) отказал терфонду в пересмотре жалобы, сославшись на то, что "доказательства несоблюдения медицинской организацией порядка предоставления сведений о застрахованных лицах и об оказанной им медицинской помощи отсутствуют". Таким образом, СКЭС ВС РФ вновь подтвердил право на оплату сверхобъемной медпомощи, вопреки противоположному по смыслу определению N 308-ЭС21-5947, вынесенному тройкой судей СКЭС ВС (председательствующий судья - Тютин Д.В.) всего двумя неделями ранее.

Отметим, что третьим лицом в деле было Управление Делами Президента РФ.

3. Несоблюдение условий лицензии стало причиной миллионной "нецелевки" средств ОМС

Постановление Четвертого ААС от 29.10.2021 N 04АП-4752/21 по делу N А10-933/2021

Одним из условий целевого использования средств ОМС, направляемых на выплату заработной платы, является оказание медработником работ / услуг, предусмотренных лицензией медицинской организации.

Несоблюдение лицензионных условий стало причиной нарушения, выявленного ревизорами ТФОМС в одной из районных больниц. Нет, лицензия у учреждения была - на оказание медицинской помощи, включая ультразвуковую диагностику, в стационарных условиях. Однако помимо стационара, учреждение также оказывало медицинские услуги в больничной поликлинике, проводя там УЗИ пациентов. При отсутствии лицензии на осуществление медицинской деятельности в амбулаторных условиях расходы на оплату труда врачей, занятых при оказании такой медпомощи, а это почти 1 млн рублей, проверяющие признали нецелевым использованием страховых средств и потребовали вернуть их в бюджет Фонда.

Суды первой и апелляционной инстанций признали выводы ТФОМС правильными.

У учреждения еще есть время для обжалования решения в кассационную инстанцию.

Так, в прошлом году Верховный Судом определением от 27.03.2020 N 307-ЭС20-2992 поставил точку в деле о целевом характере расходов на оплату труда медсестер при отсутствии лицензии на осуществление доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу. На самом деле у учреждения была лицензия на осуществление доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, но только в стационаре, расположенном по указанному в лицензии адресу. По объективным причинам сестринский персонал перевели в амбулаторию больницы, расположенную по другому адресу. При этом лицензии,

предоставлявшие право осуществления доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по этому адресу, не давали права оказания услуг по сестринскому делу. Учреждению тогда удалось избежать штрафа благодаря в том числе тому, что соответствующая лицензия уже была в стадии оформления.

II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)

1. Может ли утилизация остатков льготных лекарств за счет ОМС может привести к "нецелевке"? (правоприменительная практика)

Решение АС Томской области от 15.10.2021 по делу N А67-2196/2021

При проверке поликлиники ТФОМС выявил множество фактов нецелевого использования страховых средств. Здесь остановимся на одном из них.

Региональной программой госгарантий предусмотрено обеспечение амбулаторных пациентов лекарственными препаратами для лечения определенных заболеваний. Приобретаются такие лекарства за счет средств регионального бюджета. По правилам, поликлиника выдает препараты больным, а неиспользованные остатки принимает для последующей утилизации. Расходы по утилизации лекарственных средств учреждение оплачивало из средств ОМС. Ревизоры признали такие траты нецелевыми и потребовали восстановить в бюджет Фонда более 200 тыс. рублей плюс штраф и пени.

Суд согласился с ТФОМС. Затраты медорганизации на оплату услуг по уничтожению остатков препаратов, выданных пациентам, не включены в расчет тарифов на оплату медицинской помощи. Поскольку обеспечение больных лекарствами взял на себя региональный бюджет, то и утилизация неиспользованных и возвращенных гражданами остатков указанных лекарственных препаратов должна осуществляться за счет того же источника. Отсутствие финансирования из бюджета субъекта РФ не дает права расходовать страховые средства на оплату спорных расходов.

Обжаловать решение суда в апелляционную инстанцию учреждение не стало.

2. Каков порядок подачи реестров счетов в ФФОМС на сверхобъемную медпомощь?

Заново подать реестры счетов в ФФОМС на сверхобъемную медпомощь можно будет не позже 5 недель после доведения перераспределенных объемов

Приказ Минздрава России от 25 ноября 2021 г. N 1098н (зарег. в Минюсте 08.12.2021)

С 19 декабря изменится форма типового договора на оказание и оплату медпомощи в рамках базовой программы ОМС (такие договоры ФФОМС заключает с федеральными медцентрами). В частности, изменится следующее:

- декабрьское авансирование может равняться 1/12 годового объема финобеспечения медпомощи. Срок подачи заявки на авансирование не изменился;
- введен порядок повторного направления в ФФОМС счетов и реестров счетов за сверхобъемную медпомощь: такие счета можно направить заново не позднее 25 рабочих дней со дня доведения до медорганизации перераспределенных объемов предоставления медпомощи и (или) ее финансового обеспечения;
- заявки на авансирование, счета и реестры счетов на оплату медпомощи должны будут подписываться только руководителем организации (подпись главбуха больше не нужна);
- будут конкретизированы сведения о пациентах, которые медорганизация обязана предоставить в ФФОМС - это те сведения, которые необходимы для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС;
- предусмотрена возможность перечислять средства ОМС не на счета в федеральном казначействе, а на счет в кредитной организации;
- из формы договора исключаются размеры санкций штрафов, которые федеральный медцентр уплачивает ФФОМСу в случае неоказания или ненадлежащего оказания медпомощи. Вместо этого договор отсылает к Правилам ОМС (отметим, однако, что с июля следующего года эти конкретные штрафы, напротив, необходимо будет включать в текст договора с ФФОМС в силу прямого указания Закона об ОМС в новой редакции; мы подробно рассказывали об изменениях);
- изменяется срок действия договора - они будут действовать до полного исполнения (а не по 31 декабря каждого года, как сейчас);
- приводится новое приложение к договору - АКТ совместной сверки расчетов;
- скорректированы формы допсоглашений (о расторжении договора, об изменении договора).