



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ФЕВРАЛЬ 2022 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

 NOVARTIS

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Февраль 2022 года. Выпуск №1 (18)

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. Оплата «иногородней» амбулаторной медицинской помощи из ОМС возможна и без направления от врача прикрепленной поликлиники	2
2. Сверхобъемная медицинская помощь не оплачивается, так как можно оказать пациенту в сверхобъемной помощи, но нельзя менять существенные условия договора об организации медпомощи	4
3. Пациент погиб, а клиника разорилась: гендиректора клиники можно привлечь к субсидиарной ответственности	6
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	8
1. Можно ли включиться в реестр медорганизаций сферы ОМС уведомлением, отправленным 1 сентября?	8
2. Можно ли получить из ОМС плату за оказанные медицинские услуги, если Теркомиссия вообще не выделила медорганизации объемов медицинской помощи (спойлер – нет)	9
3. Можно ли за счет средств нормированного страхового запаса выплатить подъемные медицинскому работнику?	11

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

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

1. Оплата «иногородней» амбулаторной медицинской помощи из ОМС возможна и без направления от врача прикрепленной поликлиники

Определение Верховного Суда РФ от 24 декабря 2021 г. N 304-ЭС21-24332

Частный медцентр (но из системы ОМС) выиграл спор у ТФОМС об оплате более 33 млн рублей за медуслуги пациентам, застрахованным за пределами региона.

Реестр счетов и счета на сумму более 35 млн руб. прошли МЭК, МЭЭ и ЭКМП, к оплате принято чуть менее 1,5 млн руб., а по остальной сумме медцентр получил отказ. При этом во всех строках акта МЭК выставлен один и тот же код дефекта - [5.1.4](#), который установлен Перечнем оснований для отказа/уменьшения в оплате медпомощи (утв. приказом ФФОМС от 28.02.2019 N 36) и расшифровывается как "некорректное заполнение полей реестра счетов", а иных нарушений фондом не выявлено. [Код 5.1.4](#) выставлен в связи с указанием в графе "Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)" кода заявителя, а не кода медицинской организации, выбранной застрахованным лицом для получения первичной медико-санитарной помощи (из медицинской организации прикрепления). На этом основании ТФОМС решил, что раз у пациентов при оказании им медицинской помощи не было направлений от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, то оплачивать оказанную медпомощь из средств ОМС не нужно.

Дополнительную "пикантность" ситуации придало возбужденное уголовное дело - оно связано с оказанием спорной медпомощи.

В суде оспаривался акт МЭК.

Суды всех инстанций встали на сторону медцентра:

- направлений от врача, являющегося сотрудником именно медицинской организации прикрепления, не требуется, так как [Порядок](#) выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания СМП) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках ПГТ, утверждённый приказом Минздрава России от 21.12.2012 N 1342н, требует наличия такого направления только при оказании специализированной медпомощи;

- кроме того, [п.п. 1 и 2 ч. 3 ст. 21](#) Закона N 323-ФЗ закрепляют, что оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется либо по направлению врача, либо в случае самостоятельного обращения гражданина в медорганизацию, с учётом порядков оказания медицинской помощи;

- [приказом](#) Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н утверждено Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, согласно [пункту 21](#) которого первичная медико-санитарная помощь оказывается по направлению

медицинских работников, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию;

- на основании [п. 2 ст. 16](#) Закона об ОМС застрахованные лица при обращении в медорганизацию за медпомощью обязаны предъявить полис ОМС. Таким образом, действующее законодательство не возлагает на застрахованных лиц обязанность предъявлять направления или какие-либо другие документы для получения медицинской помощи и не предусматривает возможности отказа медицинской организации в оказании медпомощи;

- следовательно, у застрахованных граждан есть право самостоятельно обратиться для получения первичной специализированной помощи в рамках ОМС в любую медорганизацию без какого-либо направления, и данное право прямо признается [Законом](#) N 323-ФЗ и [Положением](#) N 543н, и к тому же аналогичный вывод изложен в [определении](#) Верховного Суда РФ от 01.11.2016 N 305-ЭС16-13940;

- при этом действующим законодательством предусмотрено, что в реестр счетов медицинской организацией вносятся персонифицированные сведения о пролеченном больном и персонифицированные сведения об оказанной ему медпомощи на основе данных меддокументации; в реестре поле "для указания сведений о направлении" не предусмотрено, а реестр счетов на оплату медицинской помощи является основанием для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Перечень оснований для отказа в оплате медпомощи предусмотрен соответствующим [приложением](#) Приказа N 36 и не содержит указания на такой недостаток, как отсутствие направления другой медицинской организации;

- учитывая, что спорные счета прошли МЭК без нарушений (кроме оспариваемых в рамках настоящего дела), проведенная фондом целевая МЭЭ также иных нарушений не выявила, у ТФОМС не имеется законных оснований для проведения повторного МЭК и повторной МЭЭ;

- как следует из пояснений фонда, отсутствие нарушений на этапе проведения МЭК, а также иных обстоятельств, означает отсутствие необходимости проведения иных форм контроля,

- значит, у ТФОМС не имелось законных оснований для проведения контрольных мероприятий в отношении счета медцентра, а, следовательно, и нет оснований для отказа в осуществлении расчетов по предъявленному счёту с учётом того, что медцентром ошибок при заполнении полей реестров счетов не допущено;

- способом устранения нарушений прав и законных интересов медцентра в сфере предпринимательской деятельности будет являться обязанность фонда осуществить возмещение денежных средств за оказанную медицинскую помощь, при отсутствии установленных нарушений со стороны заявителя, препятствующих такому возмещению, и не представлением фондом доказательств, наличия законных оснований для отказа в возмещении, в сроки, установленные [пунктом 169](#) Правил N 108н;

- доводы фонда о том, что по вопросам спорной медпомощи осуществляется уголовное преследование, не принимаются судом, поскольку не имеют отношения к рассматриваемому спору. Кроме того, как установлено из пояснений представителя фонда, отсутствует результат по одному уголовному делу (оно находится еще в производстве следователя). О приостановлении производства по настоящему делу в связи с наличием в производстве уголовного дела судом первой инстанции отказано в отсутствие правовых оснований.

ВС РФ отказал ТФОМСу в пересмотре дела, поскольку правомерность отказа в осуществлении расчетов по предъявленным счетам территориальным фондом не доказана.

В аналогичном деле между теми же лицами и с тем же результатом (см. определение Верховного Суда РФ от 24.12.2021 N 304-ЭС21-24316), суды приводили также следующие правовые позиции в защиту медцентра:

- закон не возлагает на гражданина каких-либо ограничений в получении первичной специализированной медпомощи, из буквального толкования закона следует, что гражданин вправе самостоятельно обратиться в медорганизацию за оказанием первичной специализированной медпомощи - как в медицинскую организацию, выбранную им в соответствии с территориально-участковым принципом, так и в любую другую медорганизацию;

- ссылка ФОМС на необходимость предъявления направления от медицинской организации прикрепления ставит под угрозу реализацию установленного законом права гражданина обратиться в медорганизацию для получения первичной специализированной медпомощи в порядке самообращения, а также создает ограничения для медорганизации для получения оплаты за оказанную медпомощь, и риск применения санкций к медорганизации за отказ в оказании пациенту медицинской помощи;

- подзаконные же акты, в том числе приказы Минздрава РФ, по своей силе не могут превосходить федеральный закон и ограничивать в правах как гражданина, так и медицинскую организацию, оказавшую гражданину качественную медицинскую помощь;

- более того, в данном случае принципиальное значение для оказания пациенту медицинской помощи имеет само наступление страхового случая - совершившегося события (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС ([статья 3](#) Закона N 326-ФЗ), а отсутствие направления не должно повлечь отказ в оказании медпомощи пациенту при наличии медицинских показаний для ее оказания;

- в части отсутствия правовых оснований для повторного МЭК следует отметить, что в [п. 13](#) Порядка организации и проведения контроля медпомощи по ОМС (утв. [приказом](#) ФФОМС от 28.02.2019 N 36) предусмотрено, что именно результаты МЭК, оформленные актом, предусмотренным [п. 12](#) этого Порядка, являются основанием для проведения МЭЭ; организации и проведения ЭКМП; проведения повторного МЭК и так далее. В соответствии с [п. 12](#) указанного Порядка в акте МЭК отражаются выявленные в реестрах счетов нарушения;

- таким образом, во взаимосвязи [п. 12](#) и [п. 13](#) Приказа N 36 четко прослеживается, что именно выявление нарушений при первичном МЭК и отражение их в соответствующем акте является основанием для проведения повторного МЭК. Соответственно, неустановление таких нарушений при первичном МЭК означает отсутствие оснований для повторного МЭК. Иной подход означал бы произвол контролирующих органов, без оснований проводящих все новые и новые проверки, нарушая тем самым права медицинской организации. Довод апелляционной жалобы не соответствует требованиям закона.

2. Сверхобъемная медицинская помощь не оплачивается, так как можно оказать пациенту в сверхобъемной помощи, но нельзя менять существенные условия договора об организации медпомощи

[Определение Верховного Суда РФ от 24 декабря 2021 г. N 305-ЭС21-24451](#)

Верховный Суд РФ отказался пересматривать дело об оплате медпомощи, оказанной сверх объемов, распределенной медорганизацией решением Теркомисией по разработке программы ОМС (сумма спора - чуть более 4 млн 600 тыс руб). Медицинская организация проиграла спор, суды всех уровней согласились с позицией СМО и ТФОМС. Аргументация ответчиков практически целиком опиралась на нормы ГК о заключении и изменении договоров, а также нормы Бюджетного кодекса РФ. Кроме того, суды практически указали на возможность правомерного отказа пациенту в медпомощи ввиду исчерпания выделенных объемов, поскольку отказать пациенту нельзя лишь в оказании той медпомощи, которая соответствует терпрограмме ОМС:

- в соответствии с п. 1 ст. 432 ГК РФ договор считается заключенным, если между сторонами, в требуемой в подлежащих случаях форме, достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора;

- объем предоставления медицинской помощи является существенным условием заключенных между сторонами Договоров на оказание и оплату медпомощи по ОМС и не может быть изменен в одностороннем порядке;

- доказательств того, что истец-медорганизация направлял в адрес ответчика-СМО возражения или предложения относительно условий заключения договоров, в материалы дела не представлялось;

- также материалами дела не подтверждается, что договоры оспорены, либо признаны в установленном порядке недействительными;

- таким образом, указанные договоры считаются заключенными и действительными;

- согласно ст. 309 ГК РФ обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства, при этом односторонний отказ от исполнения обязательства и одностороннее изменение его условий не допускается (п. 1 ст. 310 ГК РФ);

- основанием для неоплаты спорной медпомощи является превышение истцом объема медпомощи по Терпрограмме ОМС, установленного решением Теркомиссии;

- между тем превышение объема оказания медпомощи, установленного Теркомиссией, является нарушением существенного условия договора, хотя его изменением в одностороннем порядке, в силу ч.1 ст. 450 ГК РФ недопустимо. Медпомощь, оказанная истцом в пределах установленного Теркомиссией объема медицинской помощи, оплачена ответчиком полностью, что не оспаривается истцом. После того, как истец превысил объемы медпомощи, распределенные Теркомиссией, выставленные счета ответчиком не были оплачены;

- в соответствии с п. 20 Положения о деятельности Теркомиссии (Приложение N 1 к Правилам ОМС), решения, принимаемые ею в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников ОМС на территории субъекта РФ;

- таким образом, счета и реестры счетов на оплату медпомощи, оказанной застрахованному лицу, должны представляться медорганизацией в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медпомощи. Объем ее предоставления является условием такого договора и не может быть изменен в одностороннем порядке;

- СМО не может своим решением выделить или перераспределить медорганизации дополнительные объемы, а также не может оплатить из целевых средств медпомощь, оказанную с превышением объемов, поскольку это будет рассматриваться как нарушение условий договора, так и порядка оплаты медпомощи, установленного Правилами ОМС;

- согласно ст. 5 Бюджетного кодекса РФ (БК РФ), закон (решение) о бюджете вступает в силу с 1 января и действует по 31 декабря финансового года, к бюджетам бюджетной системы РФ относятся, в том числе бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов;

- таким образом, распределение объемов оказания медпомощи, в том числе в судебном порядке, на чем, по сути, настаивает истец, не может носить ретроспективный характер, поскольку определяет показатели на текущий год по каждому участнику Терпрограммы ОМС,

- объемы медицинской помощи (как и средства бюджета ФОМС, предназначенные для их оплаты) имеют конечный характер. Истец в исковом заявлении не указал нормы права, согласно которым Теркомиссия либо суд обязаны без ограничения удовлетворять заявки медорганизаций по наделению их объемами медпомощи и финобеспечения в системе ОМС как в течение финансового года, так и ретроспективно. Иной подход означал бы ущемление прав и законных интересов медорганизаций, участвующих в реализации ОМС, в пользу одной медорганизации, бесконтрольно превышающей установленные объемы медпомощи и финансового обеспечения;

- ссылка истца на решения судов о взыскании оплаты за сверхобъемную медпомощь не может быть принята во внимание также по той причине, что ответчик по настоящему делу не участвовал в рассмотрении указанных дел, и решения по ним в силу ст. 69 АПК РФ не имеют преюдициального значения при разрешении настоящего спора;

- суд апелляционной инстанции полагает необходимым отметить, что довод истца о том, что медорганизация не вправе отказать пациенту в оказании медицинской помощи по ОМС, не может быть принят во внимание, поскольку решением Теркомиссии установлены объемы медпомощи и финобеспечения, заключен Договор на оказание и оплату медпомощи, содержащий существенное условие - об объемах медпомощи и финобеспечения, при этом истец **не доказал безотлагательную необходимость по оказанию медицинских услуг**, и не доказал правомерности превышения объемов выделенной медпомощи вследствие повышения заболеваемости, количества застрахованных лиц и (или) изменения их структуры по полу и возрасту, а также соблюдения порядка по обращению за увеличением лимита финансирования. Решения Теркомиссии истцом не обжаловались, тем самым **истец не воспользовался своим правом на пересмотр выделенных Теркомиссией объемов с учетом фактической потребности истца в судебном порядке.**

Верховный Суд РФ не обнаружил оснований для пересмотра дела.

.

3. Пациент погиб, а клиника разорилась: гендиректора клиники можно привлечь к субсидиарной ответственности

Определение Верховного Суда РФ от 30 декабря 2021 г. N 303-ЭС21-25231

Верховный Суд РФ отказал бывшему генеральному директору частной клиники - банкрота в пересмотре акта о его привлечении к субсидиарной ответственности по требованию конкурсного управляющего.

Управляющий требовал привлечь двух лиц (бывшего руководителя и лечащего врача) к ответственности в рамках банкротного дела по следующим мотивам:

- ранее (еще до банкротства) клиника пластической хирургии оказала пациентке некачественные медицинские услуги, которые выразились в дефектах диагностики (недостаточное обследование), дефектах лечения (введены препараты, на которые имеется аллергия) и дефектах тактики ведения пациента;

- в результате некачественной медицинской помощи пациентка скончалась;
- из решения районного суда по делу о взыскании морального вреда следует, что посмертным клиническим диагнозом пациента является анафилактический шок, установленный дефект лечения в виде введения триггерных препаратов (антибиотик, анестетик) по назначению лечащего врача при наличии противопоказаний в анамнезе является дефектом оказания медпомощи на стационарном этапе и состоит в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями в виде смерти пациента;
- данным же решением районного суда в пользу родных пациентки были взысканы более 5 млн руб. компенсации, которые клиника не оплатила, а пыталась сначала тихо "закрыться", но процедура ликвидации быстро перешла в банкротство;
- кроме того, в связи с данным эпизодом клиника "перенесла" несколько проверок со стороны надзирающих органов, которые обнаружили ряд грубых лицензионных нарушений. В частности, клиника не получила необходимую лицензию (была лишь лицензия по гинекологии и акушерству); пластический хирург, который проводил смертельную операцию, не обладал достаточным уровнем образования и профподготовки (документов, свидетельствующих об обратном, клиника не представила); кроме того, оснащение клиники не соответствовало стандарту, документы на медоборудование и медизделия клиника не смогла представить; кроме того, клиника не смогла подтвердить документально, что в ней проводился внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- таким образом, по мнению конкурсного управляющего, руководителем клиники не были созданы условия для оказания медицинских услуг в соответствии с требованиями действующего законодательства, в том числе в части наличия специального разрешения, материально-технического обеспечения, кадрового состава; в последующем клиентке ненадлежащим образом оказана медицинская услуга, повлекшая ее смерть. В результате всего этого деятельность должника была прекращена;
- значит, все перечисленные упущения - ненадлежащая организация системы управления медицинской организацией, непринятие руководителем мер внутреннего контроля качества и безопасности меддеятельности, привлечение к осуществлению трудовой деятельности и непосредственному оказанию услуг медработников, не прошедших требуемую подготовку по специальности, необеспечение клиники соответствующим оснащением - не соответствуют критериям добросовестности и разумности, повлекли наступление для клиники убытков в результате некачественного оказания ею медицинских услуг;
- согласно разъяснениям, изложенным в постановлении Пленума ВАС РФ от 30.07.2013 N 62, привлечение руководителя должника к ответственности в виде возмещения убытков, причиненных им юридическому лицу в результате действий, не соответствующих принципам добросовестности и разумности, является самостоятельным видом ответственности, не зависящим от размера конкурсной массы и размера неудовлетворенных требований кредиторов в реестре требований кредиторов должника,
- в случаях недобросовестного и (или) неразумного осуществления обязанностей по выбору и контролю за действиями (бездействием) представителей, контрагентов по гражданско-правовым договорам, работников юридического лица, а также ненадлежащей организации системы управления юридическим лицом руководитель отвечает перед юридическим лицом за причиненные в результате этого убытки (п. 3 ст. 53 ГК РФ).

Суд округа согласился с этими доводами и взыскал с бывшего руководителя клиники (в пользу клиники, то есть в конкурсную массу) ту же сумму, которую ранее суд взыскал с клиники в пользу родных умершей пациентки.

При этом конкурсный управляющий просил суд привлечь к солидарной ответственности также лечащего врача - как лицо, непосредственно оказавшее некачественную медицинскую услугу по договору о возмездном оказании медицинских услуг, однако в этом суд его не поддержал.

Отказывая бывшему руководителю в пересмотре, Верховный Суд РФ указал на доказанную совокупность условий, необходимых для привлечения к ответственности путем взыскания убытков за недобросовестное (неразумное) осуществление обязанностей руководителя должника:

- по контролю за действиями работников должника,
- контролю качества и безопасности деятельности должника,

при том, что это неосуществление повлекло за собой смерть пациента и причинение должнику убытков в размере присужденных ко взысканию морального вреда и штрафов в общей сумме 5 100 000 руб.

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

1. Можно ли включиться в реестр медорганизаций сферы ОМС уведомлением, отправленным 1 сентября?

Определение Верховного Суда РФ от 24 декабря 2021 г. N 301-ЭС21-24226

Суды всех уровней признали незаконным отказ ТФОМС в рассмотрении уведомления о включении медорганизации в реестр медорганизаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на следующий календарный год, из-за нарушения срока подачи данного заявления (до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медорганизация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС, согласно ч. 2 ст. 15 Закона об ОМС).

Первоначально организация подала такое уведомление 25 августа 2020 года, но в субботу 29 августа получила сообщение от ТФОМС о возврате уведомления ввиду несоответствия представленных документов необходимым требованиям. Медорганизация исправила и заново подала уведомление в ТФОМС в понедельник 31 августа. В этот же день в 17.45 медорганизация вновь получила от ТФОМС сообщение о возврате уведомления, вновь по мотивам несоответствия представленных документов необходимым требованиям. Медорганизация опять скорректировала уведомление и переподала его утром 1 сентября, однако вечером того же дня ФОМС сообщил ей об отказе во включении в реестр медорганизаций системы ОМС на 2021 год по причине пропуска срока для направления уведомления.

Медорганизация оспорила отказ и выиграла:

- в ч. 2 ст. 15 Закона об ОМС предусмотрено, что медорганизация включается в реестр медорганизаций системы ОМС на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд ОМС до 1 сентября года, предшествующего году, в котором

медорганизация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС, а ТФОМС не вправе отказать ей во включении в реестр медорганизаций. При этом Комиссия по разработке терпрограммы ОМС в субъекте РФ может даже установить иные сроки подачи уведомления для вновь создаваемых медорганизаций;

- согласно Правилам ОМС медорганизация направляет уведомление о включении в реестр до 1 сентября года, предшествующего году, в котором она намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС, при этом случае направления уведомления в электронном виде медорганизация в течение 7 рабочих дней с даты направления уведомления представляет в ТФОМС заверенные копии документов, подтверждающих ряд необходимых сведений. В день получения этих документов ТФОМС проверяет их и либо вносит медорганизацию в реестр и присваивает реестровый номер, либо уведомляет медорганизацию о несоответствиях, она вносит уточнения в уведомление с учетом срока, установленного ч. 2 ст.15 Закона об ОМС;

- в рассмотренном случае такое уведомление направлено 01.09.2020, что, по мнению суда, свидетельствует о соблюдении срока подачи уведомления;

- позиция ТФОМС о том, что ст. 15 Закона об ОМС, устанавливающая срок подачи уведомления до 1 сентября года, при ее буквальном толковании не содержит формулировку "**включительно**", судом отклоняется, так как отсутствие соответствующей формулировки не должно иметь определяющего значения, поскольку законодатель указывает конкретную дату, до которой возможна подача уведомления;

- иное порождает бы правовую неопределенность, связанную с лексическими тонкостями русского языка;

- при этом по мнению суда апелляционной инстанции, указание на то, что для вновь созданных медорганизаций, получивших медлицензию позднее 1 сентября, могут быть установлены иные сроки, также свидетельствует о том, что обязанность по представлению уведомления может быть исполнена непосредственно 1 сентября;

- при таких обстоятельствах вывод ТФОМС о пропуске срока подачи уведомления о включении в реестр медорганизаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории региона на 2021 год, нельзя признать обоснованным, с учетом изложенного заявленные требования (признать незаконным отказ и обязанности устранить нарушения) подлежат удовлетворению, ТФОМС обязан повторно рассмотреть спорное уведомление.

ВС РФ отказал ТФОМСу в пересмотре дела, отметив, что доводы кассационной жалобы не подтверждают наличие существенных нарушений норм права и не поясняют, чем нарушены публичные интересы, и какой защите они подлежат.

2. Можно ли получить из ОМС плату за оказанные медицинские услуги, если Теркомиссия вообще не выделила медорганизации объемов медицинской помощи (спойлер – нет)

Определение Верховного Суда РФ от 23 декабря 2021 г. N 310-ЭС21-24397

Верховный Суд РФ поставил точку в споре по оплате медпомощи, оказанной медцентром, - он являлся участником системы ОМС (числился в соответствующем реестре), обращался к Теркомиссии с просьбой о выделении объемов по профилю "офтальмология" в условиях дневного стационара, однако так и не получил ни одной единицы объема.

Тем не менее, в феврале к истцу за плановой медпомощью обратились граждане, застрахованные у ответчика - СМО, этим лицам истец в плановом порядке оказал медицинские услуги в рамках ОМС на сумму чуть более 100 тыс рублей, в соответствии с условиями и видами, установленными Терпрограммой и лицензией, а затем направил в СМО счета и реестры счетов и потребовал их оплаты по тарифам ОМС.

СМО платить отказалась, медорганизация оспорила отказ и даже выиграла в двух первых инстанциях, поскольку, по мнению судей апелляционного суда и суда региона:

- действующее законодательство не ставит возможность оказания медорганизацией гражданину бесплатной медпомощи в рамках программы ОМС в зависимость от запланированного общего объема предоставления медицинской помощи по ТП ОМС, и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе ОМС, бесплатной медицинской помощи;

- истец не имел права отказать обратившимся к нему лицам, застрахованным у ответчика, в получении бесплатной медпомощи, как лицо, которым оказывается медицинская помощь в рамках Терпрограммы ОМС;

- СМО имеет право обращаться за выделением средств из нормированного страхового запаса ТФОМС;

- в связи с этим, по мнению судов, то обстоятельство, что истцу на спорный год не были выделены объемы предоставления медицинской помощи по Терпрограмме ОМС, равно как и отсутствие между истцом и ответчиком договорных отношений в момент оказания спорных услуг, не могло служить законным основанием для отказа от оплаты за счет средств ОМС оказанных истцом медицинских услуг.

Однако суд округа пришел к противоположному выводу, обратив внимание на то, что отказ Теркомиссии не был оспорен в суде, а также на "поведение" конкурентов истца, которым были выделены объемы аналогичной медпомощи:

- в соответствии с законом N 326-ФЗ заключению договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС предшествует два обязательных условия: 1) включение медорганизации в реестр медорганизаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в соответствии с п. 2 ст. 15 закона N 326-ФЗ; и 2) установление объемов предоставления медпомощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, решением комиссии по разработке Терпрограммы ОМС в соответствии с ч. 10 ст. 36 закона N 326-ФЗ;

- только после распределения медицинской организации объемов предоставления медпомощи, подлежащих оплате за счет средств ОМС, такая медорганизация считается медорганизацией, участвующей в реализации Терпрограммы,

- исходя из ч. 2 ст. 15 закона N 326-ФЗ, включение медорганизации в реестр медорганизаций системы ОМС носит заявительный характер и не возлагает на Теркомиссию безусловного обязательства по выделению плановых объемов медпомощи по ОМС всем медицинским организациям, включенным в указанный реестр;

- средства ОМС имеют конечный характер, и Теркомиссией не может быть распределено объемов медицинской помощи больше, чем предусмотрено территориальной программой. Иной порядок действий противоречил бы принципу устойчивости финансовой системы ОМС, обеспечиваемой на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС, закрепленному в ст. 4 закона N 326-ФЗ;

- истец указывает на неправильность распределения Теркомиссией объемов предоставления медпомощи, на недостатки процесса распределения и ненадлежащее исполнение полномочий Комиссией. Между тем, проверка законности решения Комиссии о распределении объемов не

является предметом обжалования в рассмотренном в настоящем деле споре. Решение Комиссии истцом в судебном порядке не обжаловалось, а также отклоняется как неосновательный довод об отсутствии правовой возможности обжалования в суде решения Комиссии относительно выделения объемов медпомощи в рамках Терпрограммы ОМС. Нормативный запрет на обжалование подобных решений в судебном порядке отсутствует;

- медпомощь, оказанная медорганизацией сверх установленного объема средств и сверх объема медпомощи, является предпринимательским риском. Истец является коммерческой организацией, которые в соответствии со ст. 50 ГК РФ в качестве основной цели своей деятельности преследуют извлечение прибыли. При этом, НПА в сфере ОМС не обязывают Теркомиссию распределять объемы медпомощи с целью обеспечения рентабельности деятельности коммерческих организаций, так как целью ОМС является обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая;

- что же касается запрета медорганизации системы ОМС в предоставлении медпомощи застрахованному лицу, то бесплатная медицинская помощь по ОМС может оказываться как в момент обращения, так и в порядке очередности, при этом **оказание медпомощи в порядке установленной очередности соответствует программе госгарантий и не является отказом в оказании** медицинской помощи;

- при отсутствии объемов медпомощи истец должен был информировать граждан о возможности получения необходимой медпомощи в других медорганизациях, оказывающих аналогичную помощь в рамках ОМС в городе;

- в этой связи, перераспределение объемов медпомощи является обязательным в случаях, когда ее оказание не может быть перенесено на более поздние периоды. Обязанность доказывания данных обстоятельств лежит на медицинской организации. Вместе с тем, доказательств того, что истцом медицинская помощь оказана в экстренном порядке, истцом в материалы дела не представлено, и судами не установлено;

- спорной является медпомощь, оказанная в плановом порядке в условиях дневного стационара по направлению сотрудников истца по профилю "офтальмология" (операции в связи с глаукомой). При этом по данным ТФОМС, по данному профилю "офтальмология" установлен объем 2177 случаев лечения, которые запланированы исходя из фактических показателей выполнения объемов за предыдущий год, которые составили 2131 случай лечения, а те медорганизации, которые оказывают медпомощь по "офтальмологии" в рамках выделенных им объемов, не обращались в Теркомиссию с просьбами о выделении дополнительных объемов по причине увеличения потребности застрахованных лиц в оказании медицинской помощи по указанному профилю, что, по мнению ТФОМС, говорит о том, что данные медицинские организации закрывают всю потребность в оказании медпомощи по профилю "офтальмология".

Верховный Суд РФ отказался пересматривать дело, отметив, что законодательство не предоставляет СМО право производить оплату медпомощи, оказанной застрахованному лицу без выделения объемов, либо сверх объемов предоставления медпомощи, установленных для медорганизации решением Комиссии по разработке Терпрограммы ОМС.

3. Можно ли за счет средств нормированного страхового запаса выплатить подъемные медицинскому работнику?

Решение Оловянинского районного суда Забайкальского края от 10.11.2021 по делу N 12-57/2021

ТФОМС предоставил районной больнице средства нормированного страхового запаса для софинансирования расходов на оплату труда медработников. Впоследствии при проверке ревизоры установили, что часть средств НСЗ использована в качестве подъемных выплат молодому специалисту. Указанная единовременная выплата была предусмотрена договором о целевой подготовке специалиста и согласно Положению об оплате труда к зарплате, софинансирование которой осуществляется средствами НСЗ, такая выплата отношения не имеет. Фонд признал указанные расходы нецелевыми и выписал главврачу больницы штраф по ст. 15.14 КоАП РФ в размере 20 тыс. рублей.

Суд согласился с ревизорами - нецелевое использование средств бюджета ТФОМС действительно имело место. Однако счел возможным признать правонарушение малозначительным и вместо штрафа ограничился устным замечанием.