



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

МАЙ 2023 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

Май 2023 года. Выпуск №5 (33)

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

Оглавление

1. С сентября начнут действовать новые Правила предоставления платных медицинских услуг	2
2. Отказ иногороднему пациенту в прикреплении к поликлинике является законным, если численность прикрепленного населения уже превышает нормативы	3
3. Документы на оплату случаев лечения должны подаваться в фонд субъекта, где выдан полис ОМС, даже если направление на лечение выдано в другом регионе	5

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

При поддержке компании ООО «Новартис Фарма»

1. С сентября начнут действовать новые Правила предоставления платных медицинских услуг

1. Платные медуслуги могут быть предоставлены:

- с применением лекарств, не входящих в Перечень ЖНВЛП, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также некупаемых за счет бюджетных ассигнований,
- с применением медизделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, некупаемых за счет бюджетных ассигнований и не подлежащих оплате в рамках программы госгарантий бесплатной медпомощи и территориальной программы ОМС;
- с установлением индивидуального поста меднаблюдения при оказании медпомощи в стационаре при отсутствии медпоказаний к установлению индивидуального поста;
- анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- иностранцам и апатридам (за исключением лиц, застрахованных по ОМС), и гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по ОМС;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены ст. 21 Закона об основах охраны здоровья граждан в РФ, а также за исключением оказания медицинской помощи в **экстренной** форме (действующие правила в качестве исключений предусматривают случаи оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медпомощи и медпомощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме). При этом при предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медпомощи в экстренной форме, возмещаются медорганизациям в порядке и размерах, которые установлены регионом в рамках территориальных программ в соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 81 Закона об основах охраны здоровья граждан.

2. В новых правилах подробно регламентированы виды информации, которые необходимо довести до сведения потребителя или заказчика, в том числе:

- стандарты медпомощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медуслуги, путем размещения на сайте ссылок на www.pravo.gov.ru и рубрикатор клинических рекомендаций на официальном сайте Минздрава РФ,
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг и сроки ожидания оказания медпомощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с Программой госгарантий бесплатной медпомощи, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сведения о медработниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- график работы медработников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

3. Обновлены требования к содержанию договора о предоставлении платных медуслуг, например, будет необходимо указывать данные документа, удостоверяющего личность потребителя /заказчика. Кроме того, в договор необходимо будет включать порядок и условия бесплатной выдачи потребителю (после исполнения договора) медицинских документов (копии, выписки), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

Установлено, что на предоставление платных медуслуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию любой стороны является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4. По требованию потребителя медорганизация выдает документы, подтверждающие фактические расходы потребителя / заказчика на оказанные медуслуги или приобретение лекарств, в том числе копию договора, справку об оплате, рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

5. Регламентированы особенности оказания платных медуслуг при заключении договора дистанционным способом.

2. Отказ иногороднему пациенту в прикреплении к поликлинике является законным, если численность прикрепленного населения уже превышает нормативы

Апелляционное определение СКГД Московского городского суда от 25.01.2023 по делу N 33-1198/2023

Гражданину могут отказать в прикреплении к поликлинике, если он не проживает на территории обслуживания поликлиники, а загруженность всех врачебных участков превышает норматив, предусмотренный Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи.

Правовую позицию суд применил в деле об оспаривании отказа в прикреплении ребенка из Подмосковья (Химки) к московской поликлинике, при этом отказ был мотивирован "превышением ресурсных возможностей учреждения в части участкового обслуживания", хотя страховая медицинская организация, как и пациент, полагала, что причина отказа в прикреплении не подтверждена и налицо нарушение права на выбор медицинской организации.

Отказывая в удовлетворении иска, суд указал на следующее:

- в соответствии со ст. 10 Закона об основах охраны здоровья граждан доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

- в силу подп. 1 п. 7, п. п. 12 - 15, 17 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению таковая оказывается амбулаторно, в т.ч. по месту жительства (пребывания) пациента. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу;
- территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории;
- в целях обеспечения права граждан на выбор врача и медорганизации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих **вне зоны обслуживания медицинской организации**, с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной п. 18 упомянутого Положения;
- п. 18 Положения установлена рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медперсонала. В частности, для терапевтического участка она составляет 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- Приказом Департамента здравоохранения Правительства Москвы от 27.04.2015 N 335/142 утвержден Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Согласно п. 2.3 Приказа при прикреплении пациентов необходимо учитывать ресурсные и функциональные возможности медицинской организации и иные факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи. Без учета указанных условий своевременное и качественное оказание медицинской помощи невозможно;
- таким образом, в силу приведенного выше правового регулирования, первичная медико-санитарная помощь организуется по территориально-участковому принципу, ее оказание осуществляется, в том числе, по месту жительства или пребывания пациента (подразумевает возможность вызова врача на дом), соответственно, для прикрепления к медорганизации в целях получения первичной медико-санитарной помощи такая медорганизация должна иметь в штате врачей-терапевтов участковых, а прикрепленное население должно быть распределено по участкам;
- правовые акты, регламентирующие правоотношения сторон по вопросам прикрепления граждан к медорганизациям в рамках ОМС, не накладывают на их руководителей обязательств удовлетворять все поданные заявления о прикреплении, а, наоборот, **устанавливают приоритетность прав граждан, проживающих в зоне обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения**. Право выбора пациентом медорганизации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС, для прикрепления на медобслуживание ограничивается участковым принципом организации оказания медицинской помощи с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности первичной доврачебной, первичной врачебной и неотложной медико-санитарной помощи;
- оказание медицинской помощи в системе ОМС осуществляется по территориальному признаку в связи с необходимостью выполнения неотложной медпомощи (на дому) в приближенном к медицинской организации районе, потому что ассигнований ОМС на выезд на дом на автотранспорте или оплата проезда врача не предусмотрены. Более того, оказание медпомощи в системе ОМС в рамках программы госгарантий гарантирует не только объем медуслуг, но и сроки их выполнения;
- при этом из материалов дела следует, что отказ поликлиники обоснован превышением численности прикрепленного контингента по ОМС, что приводит к превышению норматива занятости врача (загруженностью терапевтических участков). В частности, всего к спорной поликлинике прикреплено 26 258 детей, в ней осуществляют трудовую деятельность 29,75

ставок (27 физических лиц) врачей педиатров-участковых; 15,5 (15 физических лиц) - медицинских сестер. Таким образом, на одного врача-педиатра участкового приходится 882 пациента, т.е. загруженность всех педиатрических участков поликлиники превышает норматив, предусмотренный Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи. При этом согласно распоряжению Дирекции по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения г. Москвы объем распределения прикрепленного к поликлинике составляет 14 700 детского населения;

- вненормативное прикрепление к поликлинике лиц, не зарегистрированных в зоне её обслуживания, приведет не только к увеличению нагрузки на педиатрические участки и, соответственно, на врачей, но и к нарушению прав уже прикрепленных лиц, что повлечет за собой нарушение баланса интересов участников правоотношений в сфере ОМС;

- аналогичная правовая позиция приведена в определении Конституционного Суда РФ от 25.10.2016 N 2298-О;

- что касается позиции СМО, то представленный акт медико-экономической экспертизы страхового случая не является ненормативным правовым актом, не отвечает признакам допустимости доказательств, достоверности указанной в нем информации, учитывая, что предметом МЭЭ, исходя из положений ст. 40 Закона об ОМС, может являться только установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации, а не правомерность отказа в прикреплении к поликлинике.

3. Документы на оплату случаев лечения должны подаваться в фонд субъекта, где выдан полис ОМС, даже если направление на лечение выдано в другом регионе

Постановление Десятого ААС от 11 апреля 2023 г. N 10АП-2720/23

Частная онкоклиника, которая работала в сфере ОМС как в Москве, так и в Подмосковье, предъявила в ТФОМС Московской области счета за оказание медпомощи москвичам. Клиника полагала, что поскольку направления на лечение были выданы пациентам не московскими медорганизациями, а клиниками из других регионов, то и предъявлять счета на оплату нужно не в Москве, а в Подмосковье, и производить расчеты за лечение пациентов, полисы которых выданы в других регионах.

Отклоняя данный довод, суды указали следующее:

- онкоклиника участвовала в реализации двух территориальных программ ОМС - г. Москвы и Московской области,

- в соответствии с ч. 2 ст. 39 Закона N 326-ФЗ медорганизация обязуется оказать медпомощь застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой ОМС и в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, в случае, если медпомощь оказывается в пределах территории субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС, и в рамках базовой программы ОМС в случае, если медицинская помощь оказывается за пределами территории субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС;

- согласно п. 175 Правил ОМС не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь, не входящая в базовую программу, а если медорганизация участвует в реализации терпрограмм нескольких субъектов РФ, то выставление счетов и реестров счетов на оплату медпомощи, оказанной лицам, полис которым выдан в данных субъектах РФ, допускается только в территориальный фонд соответствующего субъекта РФ в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медорганизации решением комиссии;

- в связи с тем, что клиника реализует территориальную программу г. Москвы, случаи оказания медпомощи лицам, застрахованным на территории г. Москвы, входят в территориальную программу ОМС г. Москвы и должны быть поданы медицинской организацией на оплату в рамках договора, заключенного для реализации территориальной программы ОМС г. Москвы, в страховые медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС г. Москвы, для дальнейшего финансирования страховых медицинских организаций из бюджета Московского городского фонда ОМС;

- доводы истца о том, что направления на лечение выдавались медицинскими организациями других областей, суд отклоняет как не имеющие значение для дела, **правовое значение имеет место выдачи страхового полиса ОМС, а не направления на лечение;**

- в части спорных случаев медицинская помощь оказывалась пациентам из других (не Москвы и Подмосковья) регионов. Однако во всех этих спорных случаях местом оказания медпомощи являлся город Москва;

- согласно же п. 161 Правил ОМС ТФОМС по месту оказания медпомощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором они застрахованы, в объеме, установленном базовой программой, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- таким образом, истец ошибочно предъявил данные случаи оказания медицинской помощи для оплаты в рамках межтерриториальных расчетов в ТФОМС Московской области, так как должен был предъявить данные случаи на оплату в рамках межтерриториальных расчетов в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи ТФОМС г. Москвы, а территориальные фонды ОМС, на территории которых данные лица застрахованы, должны были осуществить возмещение средств ТФОМС г. Москвы.