

«Сверхобъемы» ОМС: как быть медицинской организации?

Объемы медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями, участвующими в системе ОМС, комиссией по разработке территориальной программы. Однако, утверждая территориальную программу и распределяя объемы, члены комиссии не могут быть «провидцами», поскольку по факту обратившихся за мед. помощью пациентов может оказаться гораздо больше запланированного количества единиц конкретной услуги (законченных случаев). Как поступить медицинской организации, если объемы медицинской помощи по ОМС на год уже перевыполнены?



ЭКСПЕРТ

СНЕЖАНА ТУГАРИНОВА,
начальник юридического отдела
ГАУЗ «Республиканский
перинатальный центр»,
эксперт Медицинской Палаты
Республики Бурятия,
медицинский юрист, медиатор

Истребовать в судебном порядке недополученные медицинской организацией средства за оказанные медицинские услуги сверх установленного договором объема медицинской помощи возможно только при условии своевременного обращения в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования с предложением о перераспределении (увеличении) установленного объема на текущий год, так как порядок действий медицинской организации при превышении объема предоставления медицинской помощи регламентирован законодательством об ОМС и предполагает наличие соответствующего решения вышеназванной комиссии.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключаемого со страховой медицинской организацией (СМО), участвующей в реализации

территориальной программы ОМС (ч. 1 ст. 39 Закона № 326-ФЗ). В выше-названном договоре определяется объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, установленный решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, и объем финансового обеспечения мед. помощи, рассчитанный Территориальной комиссией, исходя из установленного объема предоставления медицинской помощи. При этом объем предоставления медицинской помощи является существенным условием заключенного между сторонами договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС (п. 1 ст. 432 ГК РФ). Его изменение в одностороннем порядке в силу ч. 1 ст. 450 ГК РФ недопустимо.

Превышение медицинской организацией установленных (договорных) объемов предоставления и (или) финансового обеспечения медицинской помощи, выявленное по результатам медико-экономического контроля (далее — МЭК), является нарушением, которое служит основанием для отказа в оплате этой медицинской помощи

(приложение к Порядку № 231н; приложение 5 к Правилам ОМС, утв. приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее — Правила ОМС). Такие нарушения по результатам МЭК квалифицируются как предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. В случае выявления указанных нарушений представленные медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов отклоняются.

Кроме того, исходя из смыслового содержания ч. 6 ст. 39 Закона № 326-ФЗ и аналогичных положений, воспроизведенных в п. 121 Правил ОМС, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, которая осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, за пределами объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением

Территориальной комиссии, не предусмотрена. Принятие решений по распределению объемов предоставления медпомощи, по распределению финансовых средств между мед. организациями относится к полномочиям Территориальной комиссии, в том числе и по оперативной корректировке объемов предоставления медицинской помощи. Однако для этого, как правило, должны быть причины. Например, рост инфекционных заболеваний, реорганизация или изменение структуры медицинской организации, подтвержденное соответствующими правовыми актами получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи, и другие причины. Следует также учитывать, что объемы медицинской помощи (как и средства бюджета фонда, предназначенные для их оплаты) имеют конечный характер. Территориальная комиссия не может без ограничения удовлетворять заявки медицинских организаций по надению их объемами медпомощи и финансового обеспечения в системе ОМС как в течение финансового года, так и ретроспективно.

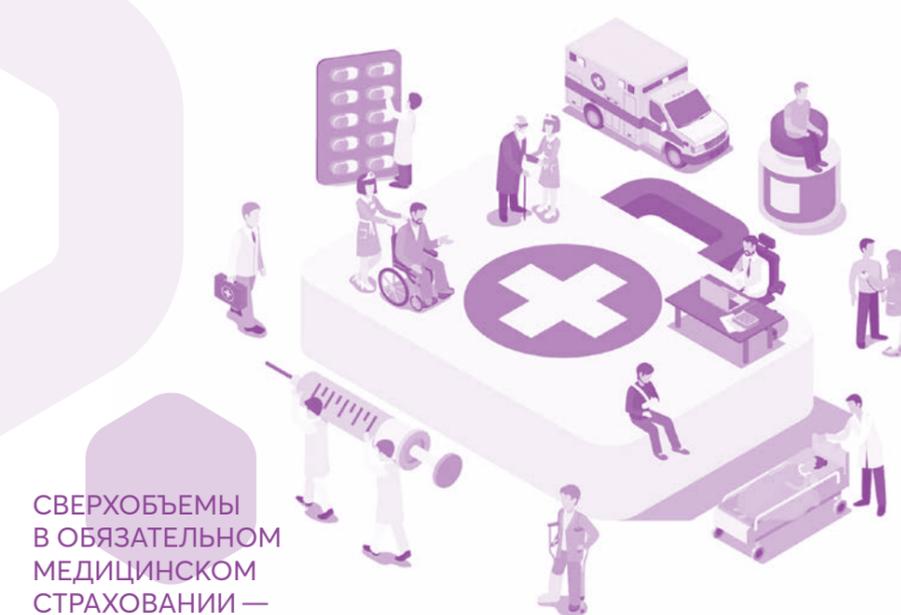
Таким образом, в рассматриваемом случае учреждению первоначально следует обратиться в Территориальную комиссию с предложением по перераспределению объемов медицинской помощи в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля (п. 157 Правил ОМС). Предложения направляются по установленной форме согласно Приложению 3 к приказу ФФОМС от 10 февраля 2023 г. за № 17н с обоснованием, необходимыми расчетами и документами. Если Территориальная комиссия примет решение об увеличении объемов и (или) финансового обеспечения, то отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов повторно представляются медицинской организацией не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения (п. 156 Правил ОМС). В противном

случае законодательство в сфере ОМС допускает возможность обжалования при несогласии медицинской организации с заключением МЭК. Для этого медицинской организации следует сформировать и направить в территориальный фонд/страховую медицинскую организацию (в зависимости от органа, осуществляющего МЭК) протокол разногласий с указанием мотивированной позиции организации по существу нарушений, выявленных в ходе проведения контроля. Установленный срок подачи протокола разногласий — 10 рабочих дней с даты получения заключения МЭК.

Оспорить заключения по результатам МЭК можно также в судебном порядке в соответствии с главой 24 АПК РФ. Соответствующее заявление может быть подано в арбитражный суд в течение трех месяцев со дня, когда организации стало известно о нарушении ее прав и законных интересов (ч. 4 ст. 198 АПК РФ). При этом основным условием для возможности истребовать в судебном порядке недополученные медицинской организацией средства за оказанные услуги сверх установленного договором объема является своевременное

обращение в Территориальную комиссию с предложением о перераспределении (увеличении) установленного объема на текущий год, так как порядок действий медицинской организации при превышении объема предоставления медицинской помощи регламентирован законодательством об обязательном медицинском страховании и предполагает наличие соответствующего решения Территориальной комиссии.

Однако за последние годы судебная практика показывает, что при рассмотрении споров между медицинскими организациями и СМО/ТФОМС по оплате медицинской помощи по ОМС сверх распределенного объема ее предоставления, установленного решением Территориальной комиссии, суды встают на сторону страховой организации и территориального фонда, опираясь, в том числе, на правовой подход, сформулированный в п. 21 Обзора судебной практики Верховного Суда РФ № 1, 2022, в соответствии с которым медицинской организации может быть отказано в оплате, если объем медицинской помощи не был перераспределен в установленном порядке. ●



**СВЕРХОБЪЕМЫ
В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ
МЕДИЦИНСКОМ
СТРАХОВАНИИ —
ЭТО РЕАЛЬНО ОКАЗАННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ,
ПРЕВЫШАЮЩАЯ
РАНЕЕ ВЫДЕЛЕННЫЕ ОБЪЕМЫ.**