



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Изменения в правовой и экономической основах функционирования системы ОМС в 2024 году – ч.2

Кадыров Ф.Н.

**Постановление Правительства РФ от
29 декабря 2022 г. № 2497 "О**

**Программе государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2023 год и на
плановый период 2024 и 2025 годов"**



- 3. Установить, что в 2024 году ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в размере более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2023 году.



- 4. Установить, что в 2024 году ежемесячное авансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь **по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС**, может осуществляться по заявкам указанных медицинских организаций Федеральным фондом ОМС в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи на 2024 год, распределенного медицинской организации в порядке, предусмотренном частью 3.2 статьи 35 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в размере более одной двенадцатой распределенного годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств **обязательного медицинского страхования в 2023 году.**

- Порядок формирования тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью **до 1 млн. рублей** при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.



- **Суд: по общему правилу дорогое оборудование нельзя оплачивать из средств ОМС даже частично**
- Медорганизация купила оборудование по цене более 100 тыс. руб. Из средств ОМС она уплатила 99 тыс. руб.
- Контролеры и три судебные инстанции признали траты нецелевыми (об этом мы [сообщали](#)). Теперь с выводом [согласился](#) ВС РФ.
- Закон об ОМС устанавливает [лимит стоимости](#) оборудования, а не сумму целевых средств, которую можно направить на его оплату. О таком же мнении других судов мы [рассказывали](#).
- Напомним, в 2023 году при определенных условиях за счет ОМС [допускается закупать](#) оборудование по цене до 1 млн руб. Также [разрешено](#) покупать основные средства любой стоимости для оказания высокотехнологичной медпомощи.
- *Документ: [Определение](#) ВС РФ от 15.05.2023 N 307-ЭС23-5948*



- Кассация не разрешила оплачивать дорогое оборудование частично за счет средств ОМС
- Медорганизация купила оборудование по цене более 100 тыс. руб. Из средств ОМС она уплатила 99 тыс. руб.
- Нецелевыми затраты признали проверяющие, первая инстанция и апелляция (о ее решении мы [писали](#)). Теперь вывод [одобрила](#) кассация.
- Закон об ОМС устанавливает [лимит стоимости](#) оборудования, а не сумму целевых средств, которую можно направить на его оплату. О таком же мнении других судов мы [рассказывали](#).
- Отметим, в 2023 году при определенных условиях за счет ОМС [можно закупать](#) оборудование по цене до 1 млн руб. Также [разрешено](#) покупать основные средства любой стоимости для высокотехнологичной медпомощи.
- Документ: [Постановление](#) АС Северо-Западного округа от 17.01.2023 по делу N А42-11433/2021



Правила ОМС:

204. Затраты на содержание объектов движимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

- 1) затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;
- 2) затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания движимого имущества, не отнесенные к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);
- 3) затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения движимого имущества, закрепленного за медицинской организацией или приобретенного медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;
- 4) затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;
- 5) прочие затраты на содержание движимого имущества;
- 6) затраты на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг)

б) затраты на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации, при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до одного миллиона рублей в год за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, то расходы на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей



- **Аренда с правом выкупа: суд разрешил купить оборудование дороже 100 тыс. руб. за счет ОМС**
- Медорганизация заключила контракт по аренде анализаторов (с выкупом). Расходы оплачивали из средств ОМС. Выкупная цена по контракту составляла сумму арендных платежей, что превышало 100 тыс. руб. за единицу. По окончании контракта стороны подписали акты о приеме-передаче.
- ТФОМС счел расходы нецелевыми: организация превысила лимит на покупку ОС. Суд контролеров не поддержал:
 - - ни в Законе об ОМС, ни в тарифном соглашении нет ограничения по размеру расходов на аренду за счет ОМС;
 - - по ГК РФ лизинг - разновидность аренды. Закон не запрещает медорганизации покупать оборудование по договору лизинга;
 - - по правилам ОМС в расчет тарифа входят затраты, которые нужны для деятельности медорганизации в целом. К ним относят и расходы на содержание движимого имущества, в т.ч. затраты на аренду (лизинг);
 - - размер выкупной цены имущества - более 100 тыс. руб. - не изменяет квалификации контракта как договора аренды, а не купли-продажи.
- **Документ: Постановление 14-го ААС от 23.08.2023 по делу N А05-12579/2022**

Подготовлена программа госгарантий бесплатной медпомощи на 2024 год

- Минздрав разработал [программу](#) госгарантий бесплатной медпомощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов. Общественное обсуждение проекта завершится 24 октября. Отметим основные новшества.
- [Выделили](#) нормативы объема диспансерного наблюдения по группам заболеваний:
 - - онкология - 0,04505 на человека;
 - - сахарный диабет - 0,0598 на человека;
 - - болезни системы кровообращения - 0,12521 на человека.
- Субъекты РФ [смогут установить](#) нормативы для скрининга на гепатит С и проведения ПЭТ-КТ (для раннего выявления онкологии) в рамках профилактических медосмотров.
- В [список](#) видов ВМП по базовой программе ОМС включили:
 - - [органосохраняющие операции](#) при лечении миомы матки и аденомиоза, операции при родоразрешении у женщин с миомой матки, истинным приращением плаценты, эмболизации маточных артерий и ультразвуковой абляции под контролем УЗИ или МРТ;
 - - [поликомпонентное лечение](#) врожденных аномалий трахеи, бронхов, легкого с применением химиотерапевтических и генно-инженерных биопрепаратов;
 - - [коронарную ангиопластику](#) или стентирование с внутрисосудистой ротационной атерэктомией при ишемической болезни сердца.



Средние нормативы объёмов и фин. затрат – 2021 - 2023

	2021		2022		2023	
	СНО	СНФЗ	СНО	СНФЗ	СНО	СНФЗ
В условиях круглосуточного стационара:	<u>0,17671</u>	37 382,30	<u>0,177535</u>	39 385,00	<u>0,174824</u>	41 858,10
- ФГБУ	0,011118	56 680,90	0,011199	70 119,00	0,010239	72 505,40
- Остальные медицинские организации	0,165592	36 086,50	0,166336	37 316,00	0,164585	39 951,50
В том числе по профилю «онкология»:	<u>0,010576</u>	107 824,10	<u>0,010608</u>	102 276,00	<u>0,009696</u>	104 007,10
- ФГБУ	0,00109	90 958,40	0,00112	111 173,10	0,001094	117 843,50
- Остальные медицинские организации	0,00949	109 758,20	0,009488	101 250,10	0,008602	102 247,40
для медицинской реабилитации	<u>0,00500</u>	38 617,00	<u>0,005403</u>	42 288,70	<u>0,006804</u>	47 371,60
- ФГБУ	0,00056	55 063,40	0,00096	59 071,00	0,001378	62 615,30
- Остальные медицинские организации	0,00444	36 555,10	0,004443	38 662,50	0,005426	43 499,80
В условиях дневного стационара:	0,063255	22 261,50	0,070943	23 885,90	0,070132	25 780,50
- ФГБУ	0,002181	25 617,30	0,002352	44 102,90	0,002269	47 678,60
- Остальные медицинские организации	0,061074	22 141,70	0,068591	23 192,70	0,067863	25 048,50
В том числе по профилю «онкология»:	0,007219	83 365,50	0,009388	79 186,30	0,010888	77 506,30
- ФГБУ	0,000284	50 752,10	0,000381	79 186,30	0,000381	83 897,50
- Остальные медицинские организации	0,006935	84 701,10	0,009007	79 186,30	0,010507	77 273,10
Для медицинской реабилитации	-	-	-	-	0,002823	24 094,10
- Остальные медицинские организации	-	-	-	-	0,000222	26 212,10
- ФГБУ	-	-	-	-	0,002601	23 913,50

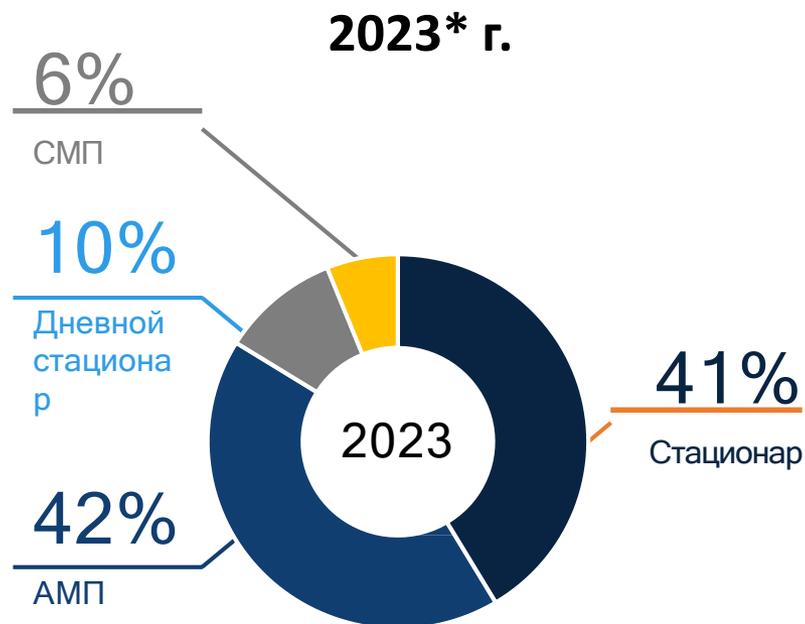
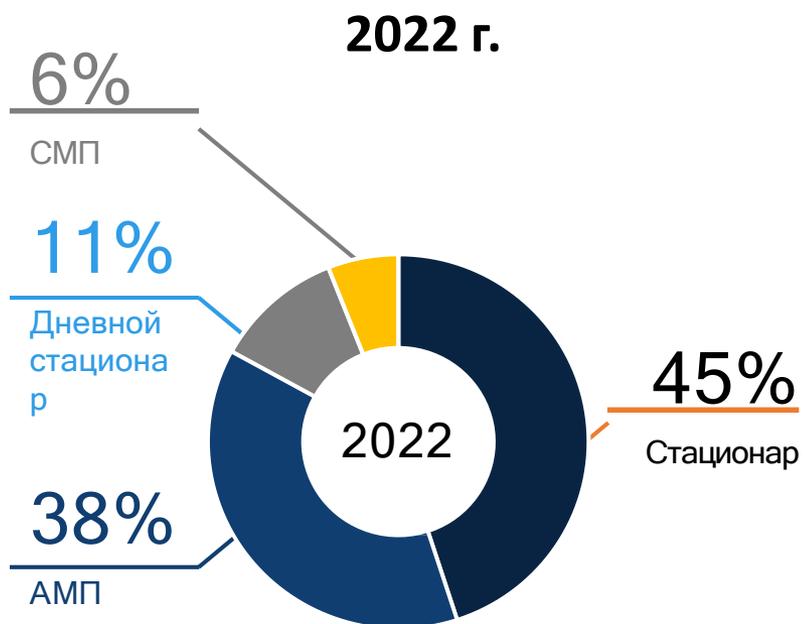


- Выделены отдельно нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара для ПМСП и для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в разрезе источников финансирования (средства бюджета субъектов Российской Федерации и средств ОМС).
- Это позволит расширить объем оказываемой медицинской помощи в поликлиниках, имеющих прикрепленное население, для пациентов, не нуждающихся в проведении лабораторных и инструментальных исследований и лечебных мероприятий с использованием сложного ресурсоемкого оборудования.



- В то же время, для пациентов, которым не требуется постоянное врачебное наблюдение и лечение с использованием сложного оборудования и специальных методов в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, в том числе, высокотехнологичную (типа онкологических, эндокринологических и т.п. диспансеров и больниц), станет доступна первичная специализированная медицинская помощь указанного профиля, приближенная к месту их жительства.

Структура расходов за счёт субвенции по видам медицинской помощи 2022 – 2023 г.г.*



- С учетом выделения в первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи отдельных объемов медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре, общая доля медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в структуре расходов на реализацию Программы становится сопоставимой с долей расходов на медицинскую помощь, оказываемую в стационарных условиях.



Нормативы базовой программы обязательного медицинского страхования рассчитаны с учетом основных параметров сценарных условий прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (от 06.09.2023), где индексация:

- среднемесячной заработной платы работников составляла: на 2024 год – 9,8%, на 2025 год – 6,8%, на 2026 год – 6,4%;
- индекса потребительских цен составляла: на 2024 год – 4,5%, на 2025 год – 4,0%, на 2026 год –

- Средние нормативы финансовых затрат на единицу специализированной медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, в условиях дневных и круглосуточного стационаров увеличены на 20,5% и 6,3% (дополнительно выделенные средства в 2023 году на сумму 24 530 675,51 рублей с учетом фактического исполнения за первое полугодие 2023 года). При этом средние нормативы финансовых затрат на единицу случая экстракорпорального оплодотворения в федеральных медицинских организациях ввиду низкой фактической средней стоимости по итогам 1 первого полугодия 2023 года снижены на 28,7%.

- **Более 100 процедур в течение года!**

- Средние нормативы объема скорой медицинской помощи на 2024-2026 годы сохранены на уровне 2023 года и составляют 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо.



- В целях реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» в Программе предусмотрено увеличение нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо на 2024 год в сравнении с 2023 годом по профилактическим мероприятиям с 0,597 комплексных посещений на 1 застрахованное лицо в 2023 году до 0,7 комплексных посещений в 2024 году. При расчете нормативов профилактических мероприятий учитывались целевые показатели отклика застрахованных на прохождение профилактических осмотров и диспансеризации.



- Норматив объема комплексных посещений с профилактическими осмотрами в связи со сложившейся потребностью застрахованных лиц по группам возрастов увеличен с 0,26559 комплексных посещений на 1 застрахованное лицо в 2023 году до 0,311412 комплексных посещений на 1 застрахованное лицо в 2024 году.



- Норматив объема проведения диспансеризации увеличен с 0,331413 комплексных посещений в 2023 году до 0,388591 комплексных посещений в 2023 году.



- Объемы финансового обеспечения углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2024 – 2026 годы определены исходя из прогнозной численности застрахованных лиц, госпитализированных в 2022 году с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и составили с учетом коэффициента дифференциации: на 2024 год – 10 398,4 млн. руб., на 2025 год – 11 042,3 млн. руб., на 2026 год – 11 691,4 млн. руб.



- Средние нормативы объема посещений с иными целями на 2024-2026 годы сохранены на уровне 2023 года.
- Нормативы объема медицинской помощи в неотложной форме и обращений в связи с заболеваниями сохранены на уровне 2022 года.



- Средний норматив комплексного посещения при диспансерном наблюдении составляет на 2024-2026 годы – 0,261736 комплексных посещений на 1 застрахованное лицо, сформированный исходя из прогноза на 2023 год по итогам исполнения первого полугодия 2023 года.



- При этом впервые выделены нормативы объема диспансерного наблюдения по:
- онкологии – 0,045050 на 1 застрахованное лицо;
- сахарному диабету – 0,059800 на 1 застрахованное лицо;
- болезни системы кровообращения - 0,125210 на 1 застрахованное лицо.
- Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения с учетом коэффициента дифференциации составит: на 2024 год составит 101 551,9 млн. руб., 2025 год – 107 836,6 млн. руб., на 2026 год – 114 176,0 млн. руб.



- Нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям предусмотрены с учетом их фактических показателей в 1 полугодии 2023 года и на 2024-2026 годы составляют:
- компьютерная томография – 0,050465 исследований;
- магнитно-резонансная томография – 0,018179 исследований;
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 0,094890 исследований;
- эндоскопические диагностические исследования – 0,030918 исследований;
- молекулярно-биологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний – 0,001120 исследований;
- патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 0,015192 исследований;
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 0,102779 исследований.



Отпуска



Замена части отпуска компенсацией – право, а не обязанность работодателя
В Роструде пояснили, что выплатить денежную компенсацию взамен части отпуска работодатель вправе только в том случае, если продолжительность каждого из неиспользованных ежегодных отпусков превышает 28 календарных дней, и только за ту часть, которая превысит 28 календарных дней ([Письмо Роструда от 11.10.2023 № ПГ/21367-6-1](#)). Для получения денежной компенсации взамен отпуска работнику необходимо написать заявление. Однако следует учитывать, что замена части отпуска денежной компенсацией является правом, а не обязанностью работодателя, то есть он может и отказать работнику.

Статья 116 ТК РФ

- Работодатели с учетом своих производственных и финансовых возможностей могут самостоятельно устанавливать дополнительные отпуска для работников, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом и иными федеральными законами. Порядок и условия предоставления этих отпусков определяются коллективными договорами или локальными нормативными актами, которые принимаются с учетом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации.



Лицензирование



Соблюдение лицензионных требований: Росздравнадзор выпустил руководство для клиник

Руководство по соблюдению лицензионных требований к меддеятельности содержит список наиболее частых нарушений, способы и примеры соблюдения требований, рекомендации по конкретным мерам.

Среди нарушений отметили такие:

- передачу недвижимости не согласовали с собственником;
- договор аренды на срок более 1 года не зарегистрировали в Росреестре;
- медизделия не поставили на баланс организации;
- в договоре на техобслуживание медизделий не указали их полный перечень;
- работники не прошли аккредитацию или не имеют сертификата специалиста;
- сведения о клинике и медперсонале разместили в ЕГИСЗ с опозданием или не в полном объеме;
- информацию о препаратах не внесли в систему мониторинга движения лекарств.

Для соблюдения лицензионных требований рекомендуют, в частности:

- составлять график дополнительного обучения специалистов;
- проводить внутренние плановые и целевые проверки качества и безопасности работы;
- мониторить наличие лекарств и медизделий, а также сроки их использования;
- формировать график техобслуживания медизделий.

Документ: Руководство по соблюдению лицензионных требований, предусмотренных постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 N 852 (утв. Росздравнадзором 21.11.2023)

- **Арбитражные суды, а вслед за ними и Верховный суд РФ все чаще стали вставать на сторону медорганизаций, подвергшихся необоснованным штрафам со стороны страховых медорганизаций и терфондов ОМС. Суды отмечают, что клиники, как социально значимые организации, не следует наказывать за формальные нарушения при подаче счетов и ведении документации, а строгие санкции – накладывать исключительно за реальные нарушения оказания помощи. В последнее время к мотивации для отмены или снижения штрафов суды стали добавлять и усложнившееся в 2022-2023 годах финансовое положение больниц.**



Штраф за нецелевое использование средств ОМС суд снизил в 10 раз

- При проверке фонд выявил нецелевое использование средств и оштрафовал больницу. Медучреждение не оспаривало штраф, однако [обратилось в суд](#) с просьбой снизить его размер. Суд [пошел навстречу](#) и [уменьшил штраф в 10 раз](#). Среди смягчающих обстоятельств были:
 - социальный характер деятельности учреждения;
 - принятие им мер по возврату денег, использованных не по целевому назначению;
 - недоказанность особых обстоятельств и убытков у фонда;
 - отсутствие финансирования учреждения;
 - невозможность приостановить его деятельность до поступления денег.
- Фонд [ссылался](#) на то, что у него нет полномочий снизить штраф, а норма о его размере императивная. Однако суд [посчитал](#), что в данном случае можно применять принципы соразмерности и справедливости, которые устанавливает Конституция.
- Документ: [Постановление 3-го ААС от 12.09.2023 по делу № А33-4271/2023](#)

Суд нашел основания, чтобы снизить штраф медучреждению за "нецелевку" в 10 раз

- ТФОМС выявил нецелевое использование средств ОМС. В суде он пытался взыскать неправомерно потраченные суммы, пеню и штраф. Суд первой инстанции и апелляция [посчитали](#) меру ответственности завышенной.
- Кассация [признала](#) обоснованным снижение санкции в 10 раз:
 - фонд не доказал, что учреждение уже совершало аналогичное нарушение;
 - уплата штрафа в полном объеме - значительные расходы для учреждения;
 - больница использовала средства ОМС не для получения прибыли, а для оказания профильных услуг.
- Аналогично АС Дальневосточного округа [применил](#) смягчающие обстоятельства и снизил размер штрафа в 3 раза. Он учел статус медучреждения, **социально значимый вид деятельности, обстоятельства нарушения и степень вины.**



- [Постановление АС Волго-Вятского округа от 26.09.2023 по делу N А11-15044/2022](#)
- Страховая компания [провела](#) контроль качества и объемов медпомощи и [оштрафовала](#) больницу на сумму более 2 млн руб. Клиника не обжаловала акты экспертизы, но штраф не оплатила. Страховая подала иск. Суд [снизил](#) штраф до 50 тыс. руб., т.е., более, чем в **40 раз**. Апелляция и кассация с ним согласились.
- Страховая [посчитала](#), что штраф снизили неправомерно, и указала на систематический характер нарушений.
- Суды пришли к таким выводам:
- по правовой позиции КС РФ при определении санкций [надо учитывать](#) тяжесть, размер и характер ущерба, степень вины нарушителя. Страховая [не доказала](#), что размер штрафа не соответствует этим обстоятельствам;



«Нецелевка» с последующим восстановлением средств ОМС



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

- Суд разрешил медучреждению восстановить на счете по ОМС нецелевые траты до конца года их оплаты
- Медучреждение оплатило из средств ОМС нецелевые расходы и в том же году восстановило деньги на лицевом счете. Контролеры указали, что так поступать нельзя. С ними не согласилась первая инстанция и апелляция, о решении которой уже [писали](#).
- Если деньги ОМС потратили не по назначению, по закону их [надо вернуть](#) в бюджет. Однако если год оплаты еще не истек, учреждение может восстановить суммы на лицевом счете и использовать их на изначальные цели. Если оно вернет такую же сумму в бюджет, фонд фактически получит ее в двойном размере.
- В сентябре эти выводы [поддержал](#) окружной суд. Теперь так же поступил ВС РФ, [отказавшись](#) пересматривать дело.
- Напомним: аналогичные решения ВС РФ уже принимал, например в [2020](#) и [2018](#) годах. Учреждения освободили только от обязанности вернуть средства ОМС в бюджет, но не от [штрафа](#) за нецелевку.
- Восстанавливать суммы на лицевом счете в последующие годы ВС РФ [не разрешает](#).
- Документ: [Определение](#) ВС РФ от 11.01.2023 N 309-ЭС22-25890

- **Нецелевое использование средств ОМС надо возмещать за счет иного источника финансирования, решил суд**
- Медучреждение [возместило ТФОМС](#) нецелевые расходы. В бюджет деньги перечислили с лицевого счета, на котором учитывают средства ОМС. Контролеры потребовали восстановить на этом счете ту же сумму из средств иного источника финансирования. Суд [не принял](#) возражения учреждения.
- Отметим, АС Северо-Западного округа уже [приходил к выводу](#): траты на возмещение нецелевых расходов не обеспечивают оказание медпомощи. Мнение [поддержал](#) ВС РФ.
- *Документ: [Постановление 1-го ААС от 23.03.2023 по делу N А39-5313/2022](#)*



Кассация: нецелевое использование средств ОМС возмещают за счет иного источника финансирования

Медучреждение возместило ТФОМС нецелевые расходы. Деньги в бюджет перечислили с лицевого счета, на котором учитывают средства ОМС. Контролеры потребовали восстановить на этом счете ту же сумму из средств иного источника финансирования.

Первая инстанция и апелляция поддержали такой подход. Теперь с ними согласилась и кассация. Изначально использование признали нецелевым, т.е. расходы нужно было финансировать за счет другого источника. Его следовало использовать и для возмещения средств.

Отметим, подобную позицию занимают и другие суды. Так, АС Северо-Западного округа, вывод которого не стал пересматривать ВС РФ, уже отмечал, что траты на возмещение нецелевых расходов не обеспечивают оказание медпомощи.

Документ: Постановление АС Волго-Вятского округа от 20.06.2023 по делу N А39-5313/2022

- Ревизоры признали нецелевым расходом сумму страховых средств, направленную в начале года на указанные выплаты. Более 1 млн руб. потребовали вернуть в бюджет Фонда. Тот факт, что еще до начала проверки средства ОМС были восстановлены, проверяющие не приняли во внимание. Свою позицию они аргументировали так: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "[Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации](#)" не предусматривает возможности восстановления денежных средств медорганизацией на своем лицевом счете, но указывает исключительно на обязанность возврата "нецелевки" в бюджет ТФОМС.



- Суды двух уровней с таким подходом не согласились ([Постановление Восемнадцатого ААС от 20 июля 2022 г. № 18АП-5833/22](#)). Самостоятельное восстановление до конца года на лицевом счете ОМС средств, ранее использованных не по целевому назначению, дает учреждению возможность дальнейшего целевого расходования страховых денег при оказании медпомощи. Перечисление в бюджет ТФОМС спорной суммы фактически будет являться не возвратом "нецелевки", а дополнительным изъятием средств – в этом случае Фонд получит средства в двойном размере.



- РФ неоднократно озвучивал позицию, схожую с рассмотренным решением, отказывая ТФОМСам во взыскании нецелевых расходов, восстановленных в том же году, однако не освобождал медорганизацию от штрафа за допущенное нецелевое использование средств. А вот в ситуации с восстановлением страховых средств за пределами финансового года, в котором они были выделены и потрачены не по целевому назначению, суды, вплоть до высшей инстанции, признают наличие "нецелевки".



Суды: медорганизация не вправе использовать нормированный страховой запас на восстановление расходов

- Учреждение заключило соглашение о получении средств нормированного страхового запаса. Деньги предназначались для оплаты медоборудования стоимостью более 100 тыс. руб.
- Не став дожидаться поступления денег от ТФОМС, учреждение оплатило контракт на поставку. Для этого были использованы средства ОМС. Зачисление денег от ТФОМС учреждение посчитало восстановлением средств ОМС на лицевом счете.
- При проверке ТФОМС указал на нарушение и потребовал вернуть средства, причем по обоим источникам. Средства ОМС нужно было вернуть, поскольку стоимость оплаченного оборудования превышала допустимый лимит по тарифу, а средства нормированного страхового запаса - так как в них отпала необходимость.



- В суде учреждению удалось отменить только требование о возврате средств нормированного страхового запаса. Другое требование контролеров - о возврате средств ОМС - суд удовлетворил. АС Восточно-Сибирского округа поддержал такое решение.
- Аналогичное дело недавно рассматривал АС Дальневосточного округа. Его решение оказалось еще строже: учреждение обязали вернуть средства по обоим источникам.



- Может ли ТФОМС применить санкции к медорганизации за использование не по целевому назначению средств ОМС, если организация сама обнаружила ошибку и восстановила расходы за счет средств от приносящей доход деятельности до проверки?



- Ответственность медорганизации наступает за сам факт использования средств ОМС не по целевому назначению. То есть если медорганизация сама обнаружила нарушение и восстановила расходы, ТФОМС все равно может применить санкции.
- Последующее устранение совершенного правонарушения не может служить основанием для освобождения от ответственности. Это подтверждается судебной практикой (например, постановлением АС ПО от 26.02.2016 № Ф06-6171/2016 по делу № А55-10292/2015).



- Рекомендуется не рисковать и не проводить операции заимствования со средствами нормированного страхового запаса. Если дорогостоящее оборудование уже оплатили из средств ОМС, попробуйте договориться с поставщиком о возврате суммы. Так учреждение получит возможность отстоять свое право на целевые средства. ВС РФ уже давно [подтверждает](#), что без использования нормированного страхового запаса операция восстановления средств ОМС в течение года корректна.
- *Документы: [Постановление](#) АС Восточно-Сибирского округа от 24.07.2020 по делу N А78-7264/2019*
- *[Постановление](#) АС Дальневосточного округа от 18.05.2020 по делу N А24-4775/2019*



- Спор по ОМС: заимствование из иного источника лучше возвращать на счет, с которого оплатили расходы
- Медучреждение оплатило за счет регионального бюджета затраты по программе ОМС. Позднее оно возместило сумму: с лицевого счета по ОМС выплатило зарплату врачам-психиатрам, работу которых финансировал бюджет субъекта РФ.
- Территориальный фонд и суд признали траты нецелевыми. Исходя из операций по лицевым счетам, учреждение из средств ОМС оплатило иные расходы, а не восстановило деньги регионального бюджета.
- Документ: [Решение](#) АС Республики Коми от 18.05.2022 по делу N А29-13230/2021



- Спор по ОМС: апелляция не одобрила возврат заимствования из иного источника путем оплаты расходов
- Медучреждение оплатило за счет регионального бюджета затраты по программе ОМС. Позднее оно возместило сумму: с лицевого счета по ОМС выплатило зарплату врачам-психиатрам, работу которых финансировал региональный бюджет.
- Первая инстанция, о решении которой уже сообщалось, признала траты нецелевыми. Теперь ее вывод поддержала апелляция. Исходя из операций по лицевым счетам, учреждение из средств ОМС оплатило иные расходы, а не восстановило деньги регионального бюджета.
- Документ: Постановление 2-го ААС от 22.09.2022 по делу N А29-13230/2021



- **Суд: после оплаты и до конца года медучреждение вправе восстановить нецелевые траты на счете по ОМС**
- Медучреждение оплатило из средств ОМС нецелевые расходы и в том же году восстановило деньги на лицевом счете. Контролеры решили, что так поступать нельзя. Суд с ними не согласился.
- Если деньги ОМС потратили не по назначению, по закону их надо вернуть в бюджет. Однако если год оплаты еще не истек, учреждение может восстановить суммы на лицевом счете и использовать их на изначальные цели. Если оно вернет такую же сумму в бюджет, фонд фактически получит ее в двойном размере.
- Отметим: аналогичные выводы одобрил ВС РФ, например в 2020 и 2018 годах. Учреждения освободили только от обязанности вернуть средства ОМС в бюджет, но не от штрафа за нецелевку.
- Восстанавливать суммы на лицевом счете в последующие годы ВС РФ не разрешает.
- **Документ: Постановление 18-го ААС от 20.06.2022 по делу № А76-4657/2022**

- **Суды: после оплаты и до конца года медучреждение вправе восстановить нецелевые траты на счете по ОМС**
- Медучреждение потратило средства ОМС не по назначению. В том же году оно восстановило деньги на лицевом счете.
- Контролеры решили, что так поступать нельзя. Если деньги ОМС потратили не по назначению, по закону их надо вернуть в бюджет.
- АС Уральского округа встал на сторону учреждения:
 - - если год оплаты еще не истек, учреждение может восстановить средства на лицевом счете и использовать их на изначальные цели. Если оно вернет ту же сумму в бюджет, фонд фактически получит ее в двойном размере;
 - - неважно, что процедура восстановления средств нормативно не закреплена.
- ВС РФ отказался пересматривать выводы. Напомним, он уже принимал аналогичные решения (например, в начале 2023 года, в 2020 и 2018 годах).
- В похожей ситуации АС Северо-Кавказского округа позволил учреждению восстановить средства нормированного страхового запаса. Оно получило их на покупку оборудования, а потратило на зарплату персоналу, который выполнял программу ОМС. В том же году средства возместили за счет денег на программу и направили по назначению.
- Отметим следующее:
 - - суды освободили учреждения только от обязанности вернуть средства в бюджет, но не от штрафа за нецелевые расходы;
 - - восстанавливать суммы на лицевом счете в последующие годы ВС РФ не разрешает.
- **Документы: Определение ВС РФ от 21.06.2023 N 309-ЭС23-9499**
- **Постановление АС Северо-Кавказского округа от 30.05.2023 по делу N А20-3063/2022**



Превышение объемов медицинской помощи



ВС РФ отменил решения судов об оплате медпомощи по ОМС сверх выделенного объема

Страховая компания отказала онкодиспансеру в оплате медпомощи по ОМС сверх установленного объема. Он подал иск в суд. Три инстанции поддержали клинику. Однако Верховный суд с ними не согласился. Он указал:

- объем медпомощи распределяют на отчетный год и корректируют в течение года, при этом учитывают потребность пациентов в помощи;
- объем нельзя изменить в одностороннем порядке, т.к. это условие договора на оказание помощи по ОМС;
- в законе есть правовые инструменты для обоснованной корректировки объема;
- медорганизация вправе обжаловать результаты контроля страховой компании. Суды не выяснили, использовала ли она этот механизм;
- клиника и страховая неоднократно обращались в комиссию, чтобы увеличить объем медпомощи. Суды не установили, почему дополнительного объема оказалось недостаточно;
- диспансер мог обжаловать в суде решение комиссии о недостаточном выделении объема помощи.
- ВС РФ отметил, что к участию в деле надо привлечь комиссию по разработке территориальной программы ОМС. Дело направили на новое рассмотрение.
- Документ: Определение Судебной коллегии по экономическим спорам ВС РФ от 13.01.2023 N 310-ЭС22-12150

- **ВС РФ отказал клинике в оплате помощи по ОМС сверх объема**
- Медорганизация оказала помощь по ОМС сверх объема на сумму свыше 2 млн руб. Страховая компания не оплатила медуслуги. Территориальная комиссия отказала в увеличении объемов. Клиника подала иск в суд. Три инстанции ее поддержали. Однако Верховный суд с ними не согласился. Он указал:
- - объем нельзя изменить в одностороннем порядке, т.к. это условие договора на оказание помощи по ОМС;
- - в оплате медпомощи сверх объема может быть отказано, если он не был перераспределен;
- - решение о перераспределении объемов комиссия не принимала, поэтому клиника не вправе требовать оплаты спорной суммы.
- Аналогичное решение ВС РФ принял и по другому делу. Ранее он приходил к таким же выводам (см. новость).
- **Документ: Определение ВС РФ от 19.05.2023 N 309-ЭС23-973**

- **КС РФ признал законным отказ в оплате медпомощи по ОМС сверх объема**
- Медорганизация хотела оспорить ряд положений законов, которые позволяют страховым компаниям не оплачивать медпомощь сверх выделенного объема. Однако Конституционный суд не принял жалобу к рассмотрению.
- Клиника указала, что медорганизации:
 - - не вправе отказать в медпомощи по программе госгарантий и взимать за нее плату;
 - - обязаны в срок оказать помощь всем, кто обратился с направлением.
- КС РФ пришел к таким выводам:
 - - средства ОМС имеют особое публичное предназначение, поэтому медорганизации должны использовать их в установленных объемах;
 - - решение комиссии о распределении объемов медцентр не оспорил;
 - - клиника оказывала только плановую помощь, а значит, могла планировать ее в рамках выделенных объемов;
 - - по программе госгарантий можно установить очередность медпомощи, что не является отказом в ее оказании.
- В январе Верховный суд пришел к схожим выводам по другому делу, о котором уже писали.
- Документ: Определение КС РФ от 27.12.2022 N 3364-О

- Суд поддержал клинику, которая оказала экстренную помощь по ОМС сверх объема
- Медцентр оказал экстренную помощь пациентам с острым коронарным синдромом. Страховая компания не оплатила услуги, т.к. они превысили установленный объем. Первая инстанция отказала в иске, но апелляция встала на сторону клиники.
- Страховая и ТФОМС ссылались на правовые позиции Верховного суда по другим делам. Однако апелляция указала, что в тех случаях медорганизации оказывали плановую помощь, а в данном деле имеют место иные обстоятельства:
 - - больных привозили бригады скорой помощи по региональному приказу о маршрутизации;
 - - состояние пациентов представляло угрозу жизни;
 - - медцентр направлял заявки на увеличение объема помощи по нужному профилю.
- Апелляция пришла к таким выводам:
 - - медпомощь в спорных случаях не могли отложить, поэтому лимиты по ОМС превысили вынужденно;
 - - клиника вовремя принимала меры к увеличению объемов помощи, однако территориальная комиссия ошибочно отказала ей в этом;
 - - медцентр не обжаловал отказные решения комиссии, но он вправе получить плату за экстренную помощь.
-  Документ: Постановление 1-го ААС от 20.07.2023 по делу N А11-15481/2022

Клиника оспорила решение комиссии о невыделении объемов помощи по ОМС и добилась оплаты услуг

Частную клинику [включили](#) в число участников территориальной программы ОМС, но объемы медпомощи не выделили. В конце года ей [удалось оспорить](#) решение комиссии. Страховая [не оплатила](#) медуслуги за I квартал, т.к. договор [заключили](#) на период с 1 апреля по 31 декабря. Клиника обратилась в суд. Три инстанции ее поддержали.

Суды указали:

- в спорный период [действовал](#) договор, который заключили 3 года назад;
- клиника [направляла](#) реестры в электронном виде и по почте, но их не принимали из-за решения, которое признали незаконным;
- страховая [не оспаривала](#) факт оказания услуг и их объем.

Документ: [Постановление](#) АС Центрального округа от 26.10.2023 по делу N А35-5120/2022



Нецелевое использование средств на повышение квалификации работников



- Суд: оплата труда сотрудников из средств ОМС не дает права за тот же счет их обучать
- Больница за счет ОМС оплатила обучение по пожарной безопасности руководителю, сотрудникам бухгалтерии и кадров, а также ответственным за пожарную безопасность. По мнению медучреждения, это нужно было, чтобы обеспечить надлежащие условия для оказания медпомощи в рамках программы ОМС.
- Фонд и суд посчитали расходы нецелевыми. Они отметили, что обязанности в области пожарной безопасности работодатель должен исполнять за счет своих средств. А тот факт, что сотрудникам выплачивают зарплату за счет ОМС, сам по себе не доказывает правомерность расходов на обучение с привлечением этих средств.
- Отметим, суды также считают нецелевыми расходы на обучение медперсонала по необязательным программам.
- Документ: Постановление 2-го ААС от 08.08.2023 по делу N А82-7358/2022



- **Обучение немедицинского персонала нельзя оплатить за счет ОМС, решил суд**
- Больница за счет ОМС оплатила обучение работников из административно-технического и управленческого персонала и фармацевтов по дополнительным образовательным программам. Эти сотрудники не были медработниками. Суды согласились с проверяющими: медучреждение допустило нецелевое расходование средств. Нельзя оплачивать за счет ОМС обучение сотрудников, которые не связаны с меддеятельностью, а обеспечивают работу учреждения.
- Апелляция также отметила, что по коллективному договору больница была обязана предоставлять работникам возможность проходить профподготовку и повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет за счет средств медорганизации.
- Отметим, что это не первый спор о целевом характере расходования средств ОМС на обучение сотрудников, который дошел до суда. Например, 1-й ААС не разрешил оплатить повышение квалификации медработника по необязательной программе. АС Республики Бурятия признал нецелевыми тратами оплату семинара-тренинга для начальника отдела кадров.
-  Документ: Постановление 2-го ААС от 09.10.2023 по делу N А82-16777/2022

Обучение в ординатуре нельзя оплачивать из средств ОМС, указал суд

Медорганизация оплатила за счет ОМС обучение в ординатуре. Контролеры и суд [сочили](#) расходы нецелевыми.

По [ТК](#) РФ и [Закону](#) об охране здоровья медорганизация должна оплачивать только профобучение и дополнительное профобразование работников. Ординатура - это программа [высшего образования](#).

Отметим, [такие же выводы](#) в прошлом году сделал АС Волго-Вятского округа.

Документ: [Постановление](#) 7-го ААС от 28.08.2023 по делу N А03-22 13/2023



- Командировка не была связана с программой ОМС - суд признал затраты на нее нецелевыми
- Медорганизация командировала сотрудника на конференцию по клинической апробации. Средний заработок за это время ему выплатили из средств ОМС.
- Проверяющие и суд [сочли](#) расходы нецелевыми. Клиническая апробация не входит в программу ОМС. Значит, с ее выполнением поездка не связана. Отметим, мы уже [рассказывали](#) о похожем решении другого суда.
- Судьи [отклонили](#) довод организации о том, что целью конференции было обучение работников. Такое образование необязательно для выполнения территориальной программы. О сходных выводах других судов мы тоже [сообщали](#).
- *Документ: [Постановление 2-го ААС от 20.01.2023 по делу N А31-4844/2022](#)*



Судебные иски по другим спорным вопросам



Суд: клиника может представить на экспертизу копию карты, если оригинала нет по объективной причине

Страховая компания [провела](#) экспертизу медпомощи по ОМС и оштрафовала клинику за то, что она подала счет на оплату медуслуг, которых нет в карте пациента. Клиника [направила](#) протокол разногласий. Она указала: карта состоит из 2 томов, второй находится в патолого-анатомическом бюро, поэтому на экспертизу представили его копию. Однако [страховая](#) и [фонд](#) не приняли этот довод. Медорганизация [обратилась в суд](#) и отстояла свою правоту в 3 инстанциях.

Суды пришли к таким [выводам](#):

- клиника не могла представить на экспертизу оригинал всей карты по объективным причинам;
- записи о приемах врача есть и в копии карты, и в оригинале, который представили в суде;
- страховая и фонд не опровергли достоверность записей, поэтому решение фонда по итогам реэкспертизы незаконно.

 **Документ: [Постановление](#) АС Восточно-Сибирского округа от 26.04.2023 по делу N А78-3161/2022**

- **Оплатить печать визиток и рекламную статью за счет ОМС суд не разрешил**
- Медучреждение за счет ОМС напечатало визитки, карманные календари и блокноты для участия в конференции, а также разместило рекламно-информационную статью в газете. Фонд при проверке посчитал это нецелевыми тратами. Суды согласились с проверяющими:
- - информация в визитках, календарях и блокнотах не связана с оказанием медпомощи по программе ОМС;
- - расходы на изготовление информационных материалов считаются представительскими, а не общехозяйственными и не входят в тариф на оплату медпомощи;
- - в обязанности медорганизации не входит публикация сведений о профилактических мероприятиях в СМИ. Значит, расходы на размещение статьи нельзя отнести к затратам для обеспечения деятельности.
- *Документ: Постановление АС Уральского округа от 07.11.2023 по делу N А34-13412/2020*



- **Оказание медпомощи: суд не разрешил оплатить за счет ОМС пени и штрафы**
- Медорганизацию [оштрафовали](#) за неоказание, несвоевременное или некачественное оказание медпомощи. Штрафы и пени учреждение уплатило за счет ОМС. Проверяющие посчитали расходы нецелевыми, суд с ними [согласился](#).
- Такие затраты не входят в состав тарифа на оплату медпомощи. Штраф - это мера ответственности за нарушение, а пени - мера принуждения, направленная на то, чтобы суммы вовремя поступили в бюджет.
- Отметим, что подобный подход встречается, например, у [АС Восточно-Сибирского округа news:21537](#), и [АС Новосибирской области](#) в спорах о компенсации за счет ОМС вреда пациенту.
- **Документ: [Постановление 12-го ААС от 16.08.2023 по делу N А06-11105/2022](#)**



- **Дополнительный комфорт пациентов нельзя обеспечивать за счет ОМС, решил суд**
- За счет ОМС медорганизация приобрела для пациентов телевизоры, антенны, наушники и пледы. Она не брала плату за пользование этим имуществом.
- Контролеры и суд [признали](#) расходы нецелевыми. Пациентам оказывали фактически сервисную услугу - обеспечивали им комфортность пребывания в медорганизации. По [закону](#) такой сервис относится к платной деятельности. В программы ОМС он не входит.
- Отметим, ранее аналогичный вывод [сделал](#) 15-й ААС. Похожую ситуацию рассмотрел АС Северо-Кавказского округа. Он [счел нецелевыми](#) затраты на покупку многолетних растений, цветочных горшков, кашпо и балконных лотков.
- **Документ: [Постановление](#) АС Восточно-Сибирского округа от 26.06.2023 по делу N А78-2077/2022**

- Организация выплачивала свою матпомощь за счет ОМС - суд признал расходы нецелевыми
- Медучреждение из средств ОМС выплачивало работникам матпомощь к юбилеям и в связи со смертью близкого родственника. Деньги перечисляли по положению об оплате труда. Проверяющие признали расходы нецелевыми. Суд с этим решением согласился.
- Спорная матпомощь - дополнительная соцгарантия. Это не вознаграждение за труд, так как не зависит от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы. Такие расходы не входят в тариф на оплату медпомощи, а значит, учреждение не могло выплачивать матпомощь за счет ОМС.
- Подобный вывод в 2021 году [не стал пересматривать](#) ВС РФ.
- Документ: [Решение](#) АС Пермского края от 21.07.2023 по делу N А50-32368/2022



Надбавку за работу с гостайной нельзя оплачивать за счет ОМС, решил суд

Медучреждение ежемесячно из средств ОМС перечисляло главврачу надбавку за работу с гостайной. По региональному положению об оплате труда это компенсационная выплата. ТФОМС и суд признали расходы нецелевыми.

Когда устанавливали надбавку, источник финансирования не указали. А по [закону](#) о гостайне ее защиту финансируют из федерального, регионального или местного бюджета. Поэтому трату средств ОМС нельзя считать нужной для выполнения территориальной программы. Неважно, что надбавка входит в состав зарплаты.

Документ: [Решение](#) АС Саратовской области от 04.07.2023 по делу N А57-25194/2022



- **ОМС: клиника не вправе брать у пациента плату за анестезию, решил суд**
- Медорганизация выполнила операцию по ОМС, но взяла у больного плату за анестезию. По его обращению страховая компания провела экспертизу и оштрафовала клинику. С этим согласился фонд, а потом и суды 3 инстанций.
- Медцентр утверждал: в законе нет прямого указания на то, что анестезия входит в тариф по ОМС.
- Однако суды пришли к таким выводам:
- - тариф на оплату помощи по ОМС включает среди прочего расходы на лекарства;
- - в тариф на законченный случай лечения входят все затраты медорганизации, в т.ч. на спинальную анестезию;
- - клиника применила для анестезии препарат из ЖНВЛП;
- - пациенту не разъяснили, что он вправе получить анестезию бесплатно.
- Суды отклонили и довод клиники о том, что у страховой не было оснований для экспертизы, т.к. пациент обратился за консультацией о возврате денег за анестезию, а не с жалобой на доступность медпомощи. Несоблюдение пациентом формы обращения не препятствует защите его прав.
- Верховный суд отказал в пересмотре дела.
- **Документ: Определение Верховного Суда РФ от 21.02.2023 N**

- Суд: компенсации персоналу нельзя платить за счет ОМС, если регион взял эти расходы на себя
- Региональное медучреждение работало в местности, приравненной к районам Крайнего Севера. Из средств ОМС оно компенсировало сотруднику затраты на переезд в другую местность при увольнении. По закону региона созданные им учреждения должны были финансировать такие выплаты за счет бюджета субъекта РФ.
- Контролеры и суд признали расходы нецелевыми. Траты нельзя отнести к необходимым для выполнения программы ОМС.
- О сходных выводах судов уже сообщали.
- Документ: Постановление 2-го ААС от 17.02.2023 по делу N А29-7160/2022



- **Вред пациенту нельзя возмещать из средств ОМС, решили суды**
- Две медорганизации компенсировали за счет ОМС вред, который причинили пациентам из-за некачественно оказанных услуг. Контролеры и суды сочли затраты нецелевыми. Страховые средства можно направлять только на выполнение программы ОМС. Возмещение морального и физического вреда с этой целью не связано и не способствует ее достижению.
- В прошлом году сообщали о сходном выводе другого суда.
- *Документы: Постановление АС Восточно-Сибирского округа от 18.01.2023 по делу N А19-6084/2022*
- *Постановление 7-го ААС от 22.12.2022 по делу N А45-15496/2022*



- Зарплаты врачу-статистика, психологу, врачу-методисту нельзя платить за счет ОМС, решил суд
- Медучреждение за счет ОМС выплачивало зарплату врачу-статистика, психологу и врачу-методисту. Оно отнесло их к административно-управленческому персоналу, который нужен для работы организации в целом и зарплату которого включают в затраты, связанные с оказанием медпомощи. Однако проверяющие и суд признали расходы нецелевыми.
- Деятельность таких специалистов не включена в территориальную программу ОМС. В структуре тарифа затрат есть оплата труда работников медорганизации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медпомощи. Но это не доказывает, что расходы нужны для деятельности организации в целом.
- Документ: Постановление 8-го ААС от 06.06.2023 по делу N А81-11603/2022

Суды: медорганизации могут оплачивать за счет ОМС услуги внештатных врачей

Больница заключила ГПД с врачом, который работал в другой медорганизации. По договору он консультировал пациентов. Услуги оплачивали из средств ОМС.

Врач не являлся ИП и не имел лицензии на самостоятельную деятельность. Контролеры сочли затраты больницы нецелевыми.

Две инстанции вывод не поддержали (об этом мы [сообщали](#)). Теперь их решение [одобрил](#) АС Волго-Вятского округа. Судьи учли, что консультирование пациентов входило в программу ОМС, а у больницы была лицензия по нужному профилю.

В такой же ситуации 2-й ААС [подчеркнул](#): врач не занимался частной практикой, поэтому он вправе был работать по ГПД без лицензии.

В ноябре 2022 года ВС РФ [оставил в силе](#) аналогичное [решение](#) АС Уральского округа. Мы [писали](#) также о сходном выводе 6-го ААС.

Очевидно, суды учли и то, что врачи работали по трудовым договорам в иных медорганизациях. В противном случае по закону их нельзя было бы отнести [к медработникам](#).

Документы: [Постановление](#) АС Волго-Вятского округа от 18.04.2023 по делу N А43-21344/2022

- [Постановление](#) 2-го ААС от 02.05.2023 по делу N А28-1056/2022

Нормативно-правовая база

Федеральный закон от 29.10.2010 № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год
и на плановый период 2025 и 2026 годов

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
«Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»

Приказ Минздрава России от 10.02.2023 № 44н
«Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»

Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 80н
«О Порядке и сроках рассмотрения тарифного соглашения, подготовки заключения Федеральным фондом
обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе
обязательного медицинского страхования и его типовой формы»

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС



Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации

Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях

- ❖ по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (за исключением расходов на проведение отдельных диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов
- ❖ за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)

Медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточных и дневных стационаров

- ❖ за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), группу ВМП, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа
- ❖ за прерванный случай госпитализации/оказания медицинской помощи

Скорая медицинская помощь

- ❖ по подушевому нормативу финансирования
- ❖ за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи

По всем видам и условиям оказания медицинской помощи

- ❖ По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, имеющей в своем составе подразделение, оказывающее медицинскую помощь в амбулаторных условиях (за исключением расходов на: КТ, МРТ, УЗИ ССС, эндоскопию, МГИ, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, а также диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, финансового обеспечения ФП и ФАП), стационарных условиях и условиях дневного стационара, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации



ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ



Новеллы оказания медицинской помощи в 2024 году

1

Предусмотрены
за счет средств ОМС:

маммография с использованием искусственного интеллекта

медико-психологическое консультирование медицинскими психологами

проведение **патолого-анатомических вскрытий** (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии по патологической анатомии, в случае летального исхода госпитализации застрахованного лица по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

2

Впервые установлены дифференцированные нормативы объема и финансовых затрат для диспансерного наблюдения по поводу онкологических заболеваний, сахарному диабету и болезням системы кровообращения в АПП

3

Расширение перечня диспансеризаций и диспансерного наблюдения:

диспансеризация и диспансерное наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме

диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья

диспансерное наблюдение работающих граждан

профилактические медицинские осмотры, включающие исследования на наличие вирусного гепатита С



Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

1. Из общего объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях вычитаются средства на осуществление межтерриториальных расчетов

2. Вычитается объем средств на медицинскую помощь, финансируемую в соответствии с установленными Программой нормативами:

отдельные диагностические (лабораторные) исследования

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья

диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из взрослого населения включая диспансерное наблюдение работающих граждан

медицинская реабилитация

фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты

посещения в неотложной форме (по решению субъекта РФ)

- КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомических исследования биопсийного (операционного) материала

3. Вычитаются средства, направляемые на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций

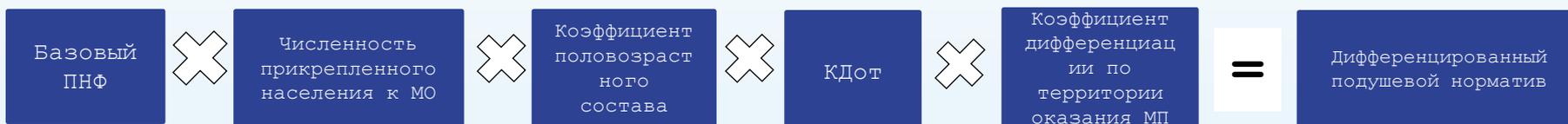
4. Рассчитывается размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом численности застрахованных лиц



Новеллы расчета базового подушевого норматива финансирования отдельных медицинских организаций

Размер БАЗОВОГО подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом численности застрахованных лиц

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ}}{Ч_3 \times КД} \right)$$



КД для территории оказания медицинской помощи (если КД не является единым для всей территории субъекта РФ)



Подходы к финансированию фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов

Программой установлены фиксированные средние размеры финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным Минздравом России:

Численность обслуживаемых жителей		от 101 до 900	от 901 до 1500	от 1501 до 2000
Размер финансового обеспечения, тыс. рублей		1 230,5	2 460,9	2 907,1
Рекомендуемые штатные нормативы	Заведующий ФАП- фельдшер, акушерка (заведующий фельдшерским здравпунктом - фельдшер)	1,0	1,0	1,0
	Акушерка	-	1,0	1,5
	Санитар	0,5	1,0	1,0

В случае обслуживания указанными пунктами женщин репродуктивного возраста, но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортот и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения

Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н включает в том числе организацию проведения санитарно-просветительной работы, осуществление мероприятий по формированию ЗОЖ, санитарно-гигиенического образования населения, комплекса мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства

Наименование структурного подразделения ФАП и ФП	Финансовое обеспечение с 1 января 2024 года					Объем финансового обеспечения за февраль, в рублях	Годовой размер финансового обеспечения
	Диапазоны численности обслуживаемого населения, человек	Информация о соответствии / несоответствии ФАП и ФП (приказ 543н)	Норматив финансирования в год, в рублях	Значение коэффициента специфики, учитывающий критерий соответствия требованиям приказа №543н, в том числе:	в том числе повышающий коэффициент (отдельные полномочия на фельдшера) *		
ФП №1	от 101 до 900	соответствует	1 230 500,00	1,032	1,032	105 773,8	1 269 285,6
ФАП №2	от 901 до 1500	соответствует	2 460 900,00	1,0	1,0	143 552,5	2 460 900,0

Рабочее время фельдшера для проведения санитарно-просветительной работы в год, минут	45	→	Численность обслуживаемого населения ФП №1	500	→	Размер финансового обеспечения ФП, рублей в месяц	102 541,7
			из них женщин репродуктивного возраста	100		Затраты на просветительскую работу, рублей в месяц	3 232,2
Стоимость услуги в месяц, рублей	32,3		§	20%		Всего финансовое обеспечение, рублей в месяц	105 773,8
						Повышающий коэффициент	1,032



**ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ
И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИНАРА**



Особенности расчета базовых ставок для оплаты медицинской

β. В условиях <u>дневных стационаров</u> (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации - всего, в том числе:
в том числе:
для оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями
для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)
3.1 для оказания медицинской помощи по профилю «онкология» – всего
в том числе:
федеральными медицинскими организациями
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)
3.2 для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении - всего
в том числе:
федеральными медицинскими организациями
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)

4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях <u>круглосуточного стационара</u> , за исключением медицинской реабилитации - всего, в том числе:
в том числе:
федеральными медицинскими организациями
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)
4.1 для оказания медицинской помощи по профилю "онкология" - всего
в том числе:
федеральными медицинскими организациями
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)

указанные строки (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) используются для расчета **базовых ставок** для оплаты медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС

5. Медицинская реабилитация <8>
5.1 в амбулаторных условиях
5.2 в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) - всего, в том числе:
федеральными медицинскими организациями
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара - всего, в том числе:
федеральными медицинскими организациями
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)

Указанные строки (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) используются для распределения денежных средств (на размер базовой ставки не влияют)



Основные параметры расчета тарифа на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

Тариф устанавливается с учетом:

- **базовой ставки** (средней стоимости законченного случая лечения)
 - не менее 60 % от норматива финансовых затрат, установленного в территориальной программе (в условиях дневного стационара);
 - не менее 65 % от норматива финансовых затрат, установленного в территориальной программе (в стационарных условиях);
- **коэффициента относительной затратоемкости** соответствующей КСГ (КЗ)
 - установлен в составе Методических рекомендаций и Программы;
- **коэффициента дифференциации субъекта РФ** (КД) (в том числе по территориям оказания медицинской помощи)
 - устанавливается в тарифных соглашениях субъектов РФ в соответствии с Постановлением №462;
- **коэффициента специфики**
 - устанавливается тарифным соглашением для каждой КСГ;
 - значения в размере от 0,8 до 1,4;
 - для КСГ по профилю «Онкология» в размере 1,0;
- **коэффициента уровня медицинской организации**
 - устанавливается для каждой медицинской организации;
 - диапазон значений коэффициентов уровня установлен Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения;
- **коэффициента сложности лечения пациента**
 - значения устанавливаются Требованиями (используется в конкретных случаях).



* - коэффициент дифференциации не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)



Основные параметры расчета тарифа на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, с установленной долей заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа

Тариф устанавливается с учетом:

- Для отдельных КСГ Программой установлена **доля заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа**
- При расчете тарифа на оплату по данным КСГ **коэффициент дифференциации субъекта РФ и поправочные коэффициенты применяются только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа**

$$\text{Стоимость законченного случая лечения (тариф)} = \text{базовая ставка} \times \text{коэффициент относительной затратоемкости}$$

$$\left[\left[1 - \text{Доля заработной платы и прочих расходов} \right] + \left[\text{Доля заработной платы и прочих расходов} \times \text{коэффициент специфики} \times \text{коэффициент уровня медицинской организации} \times \text{коэффициент дифференциации субъекта РФ} \right] + \left[\text{базовая ставка} \times \text{коэффициент дифференциации субъекта РФ} \times \text{коэффициент сложности лечения пациента}^* \right] \right]$$

* - коэффициент дифференциации не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)



Пример расчета тарифа на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

Расчет тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ st02.006 «Послеродовой сепсис»

	<u>Брянская область</u>	<u>Мурманская область</u>
Медицинская организация	ГБУЗ «Клинцовская ЦГБ»	ГБУЗ «Кандалакшская ЦРБ»
Уровень (подуровень)	3.1	2.1
Коэффициент подуровня	1,1	1,0
Базовая ставка	28 003,89 руб.	28 003,89 руб.
КЗ	3,21	3,21
Коэффициент специфики	1	1
Коэффициент дифференциации	1,000	1,864
Стоимость случая	98 881,74 руб.	167 559,60 руб.

Расчет тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)» (доля з/п – 91,12%)

	<u>Брянская область</u>	<u>Мурманская область</u>
Медицинская организация	ГБУЗ «Клинцовская ЦГБ»	ГБУЗ «Кандалакшская ЦРБ»
Уровень (подуровень)	3.1	2.1
Коэффициент подуровня	1,1	1,0
Базовая ставка	28 003,89 руб.	28 003,89 руб.
КЗ	1,89	1,89
Коэффициент специфики	0,8	0,91
Коэффициент дифференциации	1,000	1,864
Стоимость случая	47 140,06 руб.	86 505,2 руб.



Пример расчета тарифа на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения	Значение коэффициента уровня	Границы значений коэффициента подуровня
1 уровень Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению в пределах одного муниципального образования (внутригородского округа)	0,9	0,8 – 1,0
2 уровень Медицинские организации, и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований; медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований; а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры	1,05	0,9 – 1,2
3 уровень Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь (в случае фактического оказания ВМП)	1,25	1,1 – 1,4
Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, находящихся на 2 уровне медицинской организации и оказывающих медицинскую помощь по профилю «Онкология» , коэффициент уровня должен быть установлен не менее 1,0		
К отдельным КСГ (перечень установлен Методическими рекомендациями) коэффициент уровня не применяется		
Установление индивидуальных коэффициентов уровня медицинской организации не допускается		



Пример распределения медицинских организаций по уровням медицинской организации

№ п/п	Наименование МО	Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации
Первый уровень		
1 подуровень первого уровня (0,8)		
1	ГБУЗ «№1»	0,8
2	ГБУ «Госпиталь ветеранов войн»	0,8
2 подуровень первого уровня (0,9)		
3	ГБУЗ «№2»	0,9
4	ГБУЗ «№3»	0,9
3 подуровень первого уровня (0,95)		
5	ГБУЗ «№6»	0,95
4 подуровень первого уровня (0,98)		
6	ГБУЗ «№7»	0,98
7	ГБУЗ «№8»	0,98
5 подуровень первого уровня (0,99)		
8	ГБУЗ «№9»	0,99
9	ГБУЗ «№10»	0,99
6 подуровень первого уровня (1,0)		
10	ГБУЗ «№11»	1,0
11	ГБУЗ «№12»	1,0

Необходимо отнести к более высокому подуровню!

Индивидуальный тариф недопустим!

Выделение более 5 подуровней недопустимо!

№ п/п	Наименование МО	Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации
Второй уровень		
1 подуровень второго уровня (0,9)		
1	ГБУЗ «№1»	0,9
2	ГБУ «Госпиталь ветеранов войн»	0,9
2 подуровень второго уровня (1,1)		
3	ГБУЗ «№2»	1,1
4	ГБУЗ «№3»	1,1
3 подуровень второго уровня (1,2)		
5	ГБУЗ «№6»	1,2
6	ГБУЗ «№7»	1,05

Недопустимо!

В случае выделения подуровней медицинской организации соответствующие коэффициенты используются в расчетах вместо средних значений коэффициентов уровня медицинской организации

Порядок оплаты прерванных случаев лечения

К прерванным случаям лечения относятся случаи:

- прерывание лечения по медицинским показаниям;
- прерывание лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- изменение условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- перевод пациента в другую медицинскую организацию;
- прерывание лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- летальный исход;
- проведение лекарственной терапии при ЗНО, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- случаи лечения длительностью 3 дня и менее, чем количество дней, установленное Программой (за исключением случаев по КСГ, для которых оптимальный срок лечения составляет менее 3 дней);
- длительность случая медицинской реабилитации, а также случаев проведения **лекарственной терапии пациентам с хроническим вирусным гепатитом (С, В с дельта-агентом, В без дельта-агента)** менее, чем количество дней, определенных Программой и Группировщиком.

Оплата прерванных случаев лечения:

Хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, являющаяся классификационным критерием отнесения случая к КСГ*	3 дня и менее	Более 3-х дней
Проводилась	от 80 % до 90 %	от 80 % до 100 %
Не проводилась	от 20 % до 50 %	от 50 % до 80 %

* Перечень КСГ, предполагающих проведение хирургической операции и (или) тромболитической терапии определен Методическими рекомендациями



Случаи оплаты медицинской помощи по двум и более КСГ

Оплата медицинской помощи пациентам по двум КСГ в случае:

- ❖ Перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую
- ❖ Проведения медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- ❖ Оказания медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- ❖ Проведения этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающего выписку пациента из стационара;
- ❖ Проведения реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;
- ❖ Дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по отдельным МКБ-10.

- ❖ Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;
- ❖ Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;
- ❖ Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.



**НОВЕЛЛЫ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ
ОКАЗАНИИ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА 2024 ГОД**



Новеллы оплаты онкологической медицинской помощи по КСГ в 2024 году

Оплата лекарственной терапии при ЗНО

Пересчитаны КСГ для оплаты лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях для взрослых исходя из фактических закупочных цен на лекарственные препараты

Возможность оплаты медицинской помощи по отдельным КСГ пациентам с ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей

Дополнены кодами МКБ D45-D47 КСГ st19.037 «фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований», st19.038 и ds19.028 «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Пересчет КСГ для оплаты лечения с применением дорогостоящих радиофармпрепаратов

Пересчитаны КСГ st19.082 и ds19.057 «Лучевая терапия (уровень 8)», включающие случаи лечения с оказанием услуг «Системная радионуклидная терапия радия (^{223}Ra) хлоридом» и «Системная радионуклидная терапия самарием (^{153}Sm) оксабифором» с учетом фактической кратности выполнения услуг:

В стационарных условиях:

с 377,8 тыс. руб. до 404,7 тыс. руб. (доля з/п и прочих расходов – 8,58%)

В условиях дневного стационара:

с 400,5 тыс. руб. до 362,5 тыс. руб. (доля з/п и прочих расходов – 3,66%)



Новеллы оплаты лекарственной терапии при ЗНО кроме лимфоидной и кроветворной тканей

Пересчет лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые

2023 год

19 КСГ с расчетной стоимостью:

в стационарных условиях: от 9,9 до 918,0 тыс. руб.

в условиях дневного стационара: от 5,9 до 920,1 тыс. руб.

2024 год

19 КСГ с расчетной стоимостью:

в стационарных условиях: от 10,1 до 973,1 тыс. руб.

в условиях дневного стационара: от 5,5 до 972,6 тыс. руб.

ПРЕДПОСЫЛКИ ПЕРЕГРУППИРОВКИ СХЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Исключение препаратов, которые **не были включены в перечень**

ЖНВЛП: Nab-паклитаксел, алпелисиб

В целях учета региональных надбавок, расчет стоимости схем

осуществляется исходя из **фактических закупочных цен** на

При расчете стоимости схем учитывалась средняя масса тела

онкологических пациентов, получающих лечение в системе ОМС –

ПРИМЕР ИЗМЕНЕНИЯ ТАРИФА НА ОПЛАТУ ОТДЕЛЬНЫХ СХЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Схема лекарственной терапии	Тариф в 2023 году, тыс. руб.	Тариф в 2024 году, тыс. руб.
sh0876 Пембролизумаб 400 мг в/в в 1-й день; цикл 42 дня	687,2 (уровень 18)	541,6 (уровень 18) -21,2 %
sh0179 Трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день	64,7 (уровень 6)	35,3 (уровень 4) -45,4 %



Установление контроля за проведением молекулярно-генетических исследований при проведении химиотерапии

отдельными таргетными препаратами					
№	Наименование МНН	Код МКБ-10	Код маркера	Наименование типа исследования	Результат исследования
1	Абемациклиб	C50	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
2	Алектиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1
3	Вемурафениб	C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
4	Гефитиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
5	Дабрафениб	C34, C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
6	Кобиметиниб	C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
7	Кризотиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1
8	Лапатиниб	C50, C18, C19, C20	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
9	Олапариб	C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
10	Осимертиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
11	Палбоциклиб	C50	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
12	Панитумумаб	C18, C19	RAS	Наличие мутаций в гене RAS	Отсутствие мутаций в гене RAS
13	Пертузумаб	C18, C19, C50	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
14	Рибоциклиб	C50	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
15	Талазопариб	C50	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
16	Талазопариб	C50	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
17	Траметиниб	C34, C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
18	Трастузумаб	C07, C08, C15, C16, C18, C19, C50, C54	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
19	Трастузумаб эмтанзин	C50	HER2	Уровень экспрессии белка HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
20	Церитиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1



Новеллы оплаты лекарственной терапии ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей (взрослые) в 2024 году

13 КСГ в стационарных условиях с расчетной стоимостью от 10 641,48 руб. до 520 872,35 руб.

16 КСГ в условиях дневного стационара с расчетной стоимостью от 3 205,19 руб. до 472 444,71 руб.

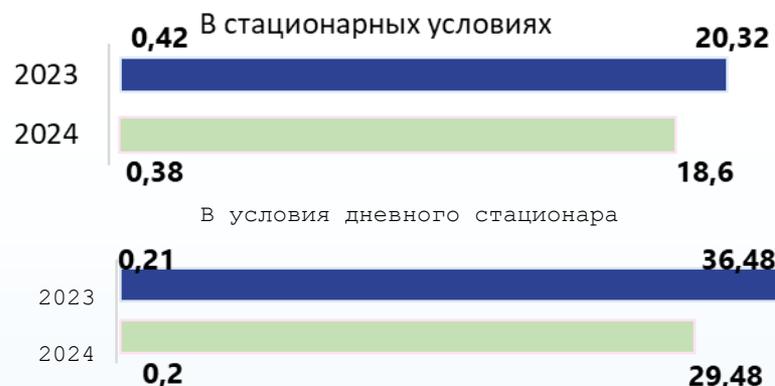
ИЗМЕНЕНИЕ ДИАПАЗОНОВ КОЭФФИЦИЕНТОВ ЗАТРАТОЕМКОСТИ

2023

- В стационарных условиях: от 0,42 до 20,32
- В условиях дневного стационара: от 0,21 до 36,48

2024

- В стационарных условиях: от 0,38 до 18,6
- В условиях дневного стационара: от 0,2 до 29,48



Основания для пересчета КСГ:

1. Учет фактически сложившейся длительности лечения в 2023 году;
2. Перегруппировка лекарственных препаратов в соответствии с расчетной стоимостью законченного случая лечения, например:
 - в стационарных условиях:

Случаи лечения с применением МНН **Дазатииниб**, **Бортезомиб** переносятся из КСГ st19.100-102 «... с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4-6)» в КСГ st19.097-099 «... с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1-3)»
 - в условиях дневного стационара:

Случаи лечения с применением МНН **Ритуксимаб** переносятся из КСГ ds19.067-070 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1-4)» в КСГ ds19.071-074 «... с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1-4)»



Новеллы оплаты случаев лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Лечение с применением ГИБП (уровни 1-20)

Пересчет стоимости КСГ с учетом закупочных цен на лекарственные препараты

20 КСГ в стационарных условиях с расчетной стоимостью от 12 041,67 руб. до 2 327 403,30 руб.

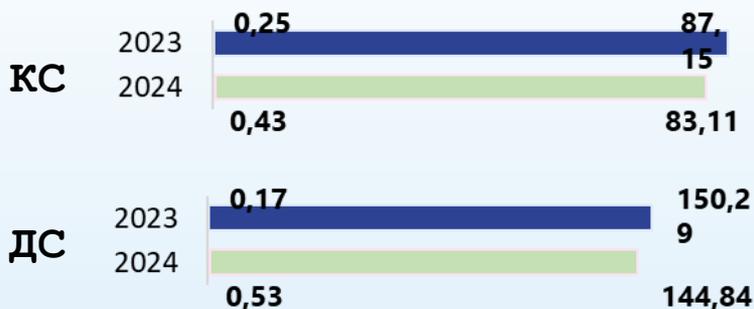
20 КСГ в условиях дневного стационара с расчетной стоимостью от 8 493,75 руб. до 2 321 197,15 руб.

2023

- В стационарных условиях: от 0,25 до 87,15
- В условиях дневного стационара: от 0,17 до 150,29
- В стационарных условиях: от 0,43 до 83,11

2024

- В условиях дневного стационара: от 0,53 до 144,84



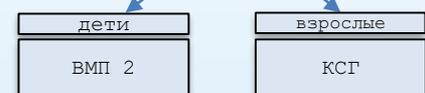
Лечение с применением ГИБП (инициация)

2023		2024	
КС	ДС	КС	ДС
3,17	4,1	3,25	4,06

Лечение с применением ГИБП (инициация или замена)

Добавлены 16 кодов МКБ-10		Исключены коды МКБ-10	
J84.9	Интерстициальная легочная болезнь неуточненная	L50	Крапивница
L28.1	Почесуха узловатая	L50.0	Аллергическая крапивница
L63	Гнездная алопеция	L50.2	Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия	L50.3	Дерматографическая крапивница
M07.1	Мутилирующий артрит	L50.4	Вибрационная крапивница
M07.3	Другие псориатические артропатии	L50.5	Холинергическая крапивница
N20	Иридоциклит	L50.6	Контактная крапивница
J82	Легочная эозинофилия	L50.8	Другая крапивница
K20	Эзофагит	L50.9	Крапивница неуточненная
K50	Болезнь Крона [регионарный энтерит]		
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки		
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки		
K50.8	Другие разновидности болезни Крона		
K50.9	Болезнь Крона неуточненная		
M35.0	Сухой синдром [Шегрена]		
L73.2	Гидраденит гнойный		

Клиническими рекомендациями ГИБП предусмотрено только при L50.1 (Идиопатическая крапивница)



Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)

Увеличено количество групп КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями»

В стационарных условиях

202

3

Значение - 0,63

Расчетная стоимость
- 16,4 тыс. руб.

202

Значение:

уровень 1 - 0,17
уровень 2 - 0,61
уровень 3 - 1,53

Расчетная стоимость -
уровень 1 - 4,7 тыс. руб.
уровень 2 - 17,2 тыс. руб.
уровень 3 - 43,0 тыс. руб.

В условиях дневного стационара

202

3

Значение - 1,20

Расчетная стоимость
- 18,0 тыс. руб.

202

Значение:

уровень 1 - 0,29
уровень 2 - 1,12
уровень 3 - 2,67

Расчетная стоимость -
уровень 1 - 4,7 тыс. руб.
уровень 2 - 18,0 тыс. руб.
уровень 3 - 42,8 тыс. руб.

Применение КСЛП возможно при проведении сопроводительной терапии с использованием исчерпывающего перечня МНН: микофенолата мофетил, Филграстим, Такролимус, Деносуаb, Тоцилизумаб, Эмпэгфилграстим, Ведолизумаб, Инфликсимаб, Иммуноглобулин человека нормальный и Иммуноглобулин анти timocитарный (если применение указанного лекарственного препарата не предусмотрено схемой лекарственной терапии)

Значение КСЛП определяется без учета коэффициента дифференциации по территории оказания медицинской помощи

Установлена возможность применения КСЛП на случаи предоставления спального места и питания законному представителю **детей-инвалидов в возрасте до 18 лет**



Операции лапароскопическим и эндоскопическим доступом

Хирургия (абдоминальная)

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Доля заработной платы
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)	2,36	34,65 %
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)	2,69	38,58 %

Акушерство и гинекология

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Доля заработной платы
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)	3,56	38,49 %
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)	4,46	31,98 %
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)	4,97	33,61 %

Колопроктология

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Доля заработной платы
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)	7,23	33,32 %

Урология

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Доля заработной платы
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)	4,70	20,13 %

Детская урология-андрология

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Доля заработной платы
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)	4,40	16,23 %
st10.008	Детская хирургия (уровень 3)	2,29	32,42 %

Пересчитаны более **100** лапароскопических, эндоскопических услуг

Стоимость проведения операций лапароскопическим и эндоскопическим доступом в 2023 и 2024 году

Услуга	Наименование услуги	2023			2024		
		КЗ	Доля заработной платы	Расчетная стоимость, руб.	КЗ	Доля заработной платы	Расчетная стоимость, руб.
Пример по профилю «Хирургия (абдоминальная)»							
A16.18.009.001	Аппендэктомия с использованием видеэндоскопических технологий	0,91	-	23 631,32	2,36	34,65 %	66 089,18 ↑
A16.14.009.002	Холцистэктомия лапароскопическая	1,43	-	37 134,93	2,69	38,58 %	75 330,46 ↑
Пример по профилю «Акушерство и гинекология»							
A16.20.003.004	Лапароскопическая транспозиция яичников	1,17	-	30 383,12	3,56	38,49 %	99 693,85 ↑
Пример по профилю «Колопроктология»							
A16.19.020.002	Экстирпация прямой кишки с использованием видеэндоскопических технологий	2,49	-	64 661,52	7,23	33,32 %	202 468,12 ↑
Пример по профилю «Урология»							
A16.28.015.001	Уретеролитотомия лапароскопическая	2,14	-	55 572,55	4,70	20,13 %	131 618,28 ↑
Пример по профилю «Детская урология-андрология»							
A16.18.009.001	Аппендэктомия с использованием видеэндоскопических технологий	0,97	-	25 189,43	2,29	32,42 %	64 128,91 ↑

Выделены новые КСГ



Новеллы оплаты лечения вирусного гепатита В хронического без дельта агента и с дельта агентом в условиях дневного стационара

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Расчетная стоимость, руб.
ds12.001	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75	41 330,03

выделение в отдельные КСГ случаи лекарственной терапии вирусного гепатита В хронического **без дельта агента и с дельта агентом**

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Расчетная стоимость, руб.
ds12.020	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента , лекарственная терапия	0,97	15 545,16 руб.

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Расчетная стоимость, руб.
ds12.021	Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом , лекарственная терапия	10,82	173 400,67 руб.

A25.14.008.002 Назначение нуклеозидов и нуклеотидов – ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном

2 схемы лекарственной терапии для лечения вирусного гепатит В хронического с дельта агентом

гепатите В

Установлены **доли заработной платы и прочих расходов** в составе КСГ:

- без дельта агента – 71,53%
- с дельта агентом – 7,74%



Новеллы оплаты лечения хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара

Выделение нормативов объема и финансовых затрат для оказания медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С* в условиях дневного стационара в размере 142 711,1 руб.

Пересчет стоимости КСГ с учетом фактических закупочных цен

2023

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Расчетная стоимость, руб.
ds12.01 2	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)	6	90 174,60 руб.
ds12.01 3	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)	9,07	136 313,94 руб.
ds12.01 4	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)	12,91	194 025,68 руб.
ds12.01 5	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)	18,77	282 096,21 руб.

2024

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Расчетная стоимость, руб.
ds12.01 6	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)	5,74	91 988,90 руб.
ds12.01 7	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)	8,4	134 617,9 руб.
ds12.01 8	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)	12,15	194 715,17 руб.
ds12.01 9	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)	17,19	275 485,91 руб.

Исключение отдельных схем лекарственной терапии

Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир в связи с уведомлением от производителя о прекращении производства препарата

Глекапревир+Пибрентасвир в саше для детей по причине финансового обеспечения лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С у детей Фондом поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра»

* - средние нормативы включают в себя случаи лечения ХВГС по КСГ ds12.016-019 (уровень 1-4)



Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология» экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в условиях дневного стационара

Пересчет КЗ с учетом изменения предельных отпускных цен и установление доли заработной платы и прочих расходов в составе КСГ

КСГ	Наименование КСГ	КЗ 2023 год	Расчетная стоимость 2023 год, руб.	КЗ 2024 год	Расчетная стоимость 2024 год, руб.
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)	3,26	48 994,87	3,19	51 122,75
ds02.009	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)	5,99	90 024,31	6,10	97 758,23
ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	9,74	146 383,43	9,84	157 695,25
ds02.011	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)	10,65	160 059,92	10,69	171 317,30

Дополнительные классификационные критерии отнесения случаев лечения к КСГ

Уровень 1

ivf1

Уровень 2

ivf2

ivf3

ivf4

Уровень 3

ivf5

ivf6

Уровень 4

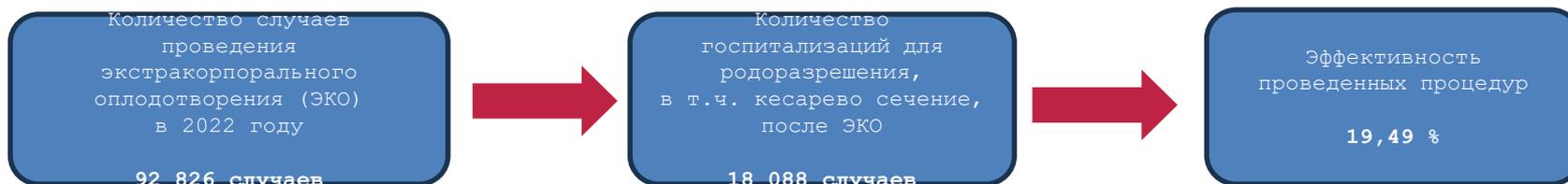
ivf7

ivf1	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)
ivf2	Проведение I этапа ЭКО: стимуляция суперовуляции
ivf3	Проведение I-II этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки
ivf4	Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов; без последующей криоконсервации эмбрионов
ivf5	Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов; с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов
ivf6	Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов; без осуществления криоконсервации эмбрионов
ivf7	Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов; с осуществлением криоконсервации эмбрионов

Средний НФЗ (108 426,4 руб.) = средняя стоимость одного случая ЭКО



Эффективность случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология» экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)



Рейтинг медицинских организаций, оказывающих услуги по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО)

Субъект РФ	Наименование медицинской организации	Количество процедур ЭКО	Количество госпитализаций для родоразрешения после процедуры ЭКО	Эффективность	Субъект РФ	Наименование медицинской организации	Количество процедур ЭКО	Количество госпитализаций для родоразрешения после процедуры ЭКО	Эффективность
Иркутская область	ГБУЗ Иркутская Ордена «ЗНАК ПОЧЕТА» ОКБ	750	275	36,7%	Кабардино-Балкарская Республика	ООО "ЦЕНТР ЭКО"	187	5	2,7%
Курганская область	АО "ЦСМ"	450	174	38,7%	г. Санкт-Петербург	ООО «СКАНФЕРТ»	158	6	3,8%
Амурский край	ООО "АмурМед" г. Благовещенск	100	48	48,0%	г. Санкт-Петербург	ООО "ЦИЭР "ЭМБРИЛАЙФ"	206	10	4,9%

Введены дополнительные критерии качества медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) :

С 2024 года:

- Доля пациентов, обследованных перед проведением ВРТ в соответствии с критериями качества проведения программ ВРТ клинических рекомендаций «Женское бесплодие».
- Число циклов ЭКО, выполняемых медицинской организацией, в течение одного года.
- Доля женщин, у которых беременность после применения процедуры ЭКО завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры ЭКО.

С 2025 года:

Распределение объемов медицинской помощи по проведению ЭКО осуществляется для медицинских организаций, выполнивших не менее 100 результативных случаев ЭКО за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).



ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕЧНЕЙ ВМП

1. В Раздел I перечня ВМП введен новый метод ВМП:

«Ротационная коронарная атерэктомия, баллонная вазодилатация с установкой 1-3 стентов в коронарные артерии» по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия».

2. Из Раздела II в Раздел I перечня ВМП переведены 2 метода:

▪ «Реконструктивно-пластические, органосохраняющие операции (миомэктомия с использованием комбинированного эндоскопического доступа)» по профилю «Акушерство и гинекология»;

▪ «Поликомпонентное лечение с применением химиотерапевтических лекарственных препаратов для длительного внутривенного и ингаляционного введения и (или) генно-инженерных биологических лекарственных препаратов» по профилю «Педиатрия».



Спасибо за внимание!



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru