



ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Дело № АПЛ20-25

АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

г. Москва

19 марта 2020 г.

Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации в составе

председательствующего
членов коллегии

Манохиной Г.В.,
Зайцева В.Ю.,
Ксенофонтовой Н.А.

при секретаре

Горбачевой Е.А.

с участием прокурора

Власовой Т.А.

рассмотрела в открытом судебном заседании административное дело по административному исковому заявлению Национальной Ассоциации медицинских организаций о признании частично недействующими пункта 30, подпунктов 1, 4 пункта 85 Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённого приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36, пунктов 2, 2.2 приложения 5, пунктов 1.5, 3.2, 3.3 приложения 8 к данному Порядку

по апелляционной жалобе Национальной Ассоциации медицинских организаций на решение Верховного Суда Российской Федерации от 16 декабря 2019 г. по делу № АКПИ19-790, которым в удовлетворении административного искового заявления отказано.

Заслушав доклад судьи Верховного Суда Российской Федерации Манохиной Г.В., возражения относительно доводов апелляционной жалобы представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования Рыжко С.Н., Солнцева Н.С., заключение прокурора Генеральной прокуратуры

Российской Федерации Власовой Т.А., полагавшей апелляционную жалобу необоснованной,

Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации

установила:

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования приказом от 28 февраля 2019 г. № 36 утвердил Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок).

Нормативный правовой акт зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 18 июня 2019 г., регистрационный номер 54950, размещён на «Официальном интернет-портале правовой информации» (<http://www.pravo.gov.ru>) 18 июня 2019 г.

В соответствии с пунктом 30 Порядка экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утверждённых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный номер 46740).

Пункт 85 раздела X оспариваемого нормативного правового акта, именуемого «Порядок применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля», устанавливает, что к нарушениям при оказании медицинской помощи относятся: нарушение условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями условий договора на оказание и оплату медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций); нарушение преемственности при оказании медицинской помощи, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при несоблюдении медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций) (подпункты 1 и 4).

Приложение 5 к Порядку содержит рекомендуемый образец реестра актов медико-экономического контроля, который предусматривает по результатам анализа предоставленных реестров счетов за медицинские услуги отражение не согласованных к оплате реестров счетов за превышение согласованных объёмов медицинской помощи (пункт 2); не принятых к оплате в связи с превышением установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объёмов медицинской помощи (пункт 2.2).

Приложение 8 к названному нормативному правовому акту содержит перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи). К нарушениям, ограничивающим доступность

медицинской помощи для застрахованных лиц, относится приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включённых в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включённых в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учётом стандартов медицинской помощи (пункт 1.5). К нарушениям при оказании медицинской помощи относятся: невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учётом стандартов медицинской помощи; выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий (пункты 3.2, 3.3).

Национальная Ассоциация медицинских организаций (далее также – Ассоциация) обратилась в Верховный Суд Российской Федерации с административным иском о признании частично недействующими пункта 30, подпунктов 1, 4 пункта 85 Порядка, пунктов 2, 2.2 приложения 5, пунктов 1.5, 3.2, 3.3 приложения 8 к Порядку. В обоснование заявленного требования указала на противоречие оспариваемых нормативных правовых положений пункту 3 части 1 статьи 37, части 7 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан), частям 2, 3 статьи 3 Федерального закона от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан» по вопросам клинических рекомендаций» (далее – Федеральный закон от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ), части 1 статьи 30, части 6 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон об обязательном медицинском страховании) и нарушение прав и охраняемых законом интересов медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Из административного искового заявления следует, что в соответствии с названными выше положениями федеральных законов законодатель запланировал до 1 января 2022 г. провести мероприятия по разработке клинических рекомендаций и приведению в соответствие с ними порядков и стандартов оказания медицинской помощи; лишь после 1 января 2022 г. программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи будет формироваться с учётом клинических рекомендаций, лишь после того, как предусмотренные в клинических рекомендациях медицинские услуги будут учтены в порядках, стандартах и

тарифах на оплату медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, они станут предметом договорных отношений между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями. На основании изложенного Ассоциация полагает, что применение санкций в виде штрафов и уменьшения оплаты по обязательному медицинскому страхованию к медицинским организациям на основании клинических рекомендаций и проведение экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества медицинской помощи до 1 января 2022 г. является незаконным; медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы обязательного медицинского страхования или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объёмов медицинской помощи; исходя из того, что законодательство гарантирует оказание гражданам бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования устанавливаемые объёмы медицинской помощи могут быть скорректированы, оказанные в надлежащем порядке застрахованным лицам медицинские услуги сверх установленного объёма относятся к страховым случаям и подлежат оплате страховой медицинской организацией.

Решением Верховного Суда Российской Федерации от 16 декабря 2019 г. в удовлетворении административного искового заявления Ассоциации отказано.

В апелляционной жалобе Ассоциация просит отменить решение суда первой инстанции, ссылаясь на его незаконность и необоснованность, и принять по делу новое решение об удовлетворении заявленного требования в полном объёме. Указывает, что действующие в настоящее время клинические рекомендации носят необязательный характер и используются при оказании медицинской помощи на добровольной основе, до тех пор, пока на основании клинических рекомендаций не будет разработан стандарт, не будут фактически изменены тарифы, установление штрафных санкций за их неприменение незаконно. Введённая оспоренными правовыми положениями обязанность проведения экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества медицинской помощи в период до 1 января 2022 г. не соответствует требованиям части 6 статьи 40 Федерального закона об обязательном медицинском страховании, в силу которой проведение экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества медицинской помощи вводится с 1 января 2022 г.

Представитель административного истца, представитель Министерства юстиции Российской Федерации, привлечённого к участию в деле в качестве заинтересованного лица, в судебное заседание Апелляционной коллегии Верховного Суда Российской Федерации не явились, о времени и месте судебного разбирательства извещены в установленном законом порядке.

Проверив материалы административного дела, обсудив доводы апелляционной жалобы, Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации оснований для её удовлетворения не находит.

Федеральный закон об обязательном медицинском страховании определяет, что контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объёме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (часть 1 статьи 40).

Во исполнение требований федерального законодателя приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36 утверждён оспоренный в части Порядок.

С учётом изложенного суд первой инстанции обоснованно исходил из того, что оспоренный в части Порядок утверждён полномочным государственным учреждением и введён в действие с соблюдением установленного законом порядка.

На основании пункта 3 части 8 статьи 213 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации суд при рассмотрении административного дела об оспаривании нормативного правового акта выясняет соответствие этого акта или его части нормативным правовым актам, имеющим большую юридическую силу.

Отказывая в удовлетворении административного иска, суд пришёл к правильному выводу о том, что оспариваемый в части нормативный правовой акт издан Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в пределах его компетенции, оспоренные положения Порядка не противоречат нормативным правовым актам, имеющим большую юридическую силу, и, следовательно, не нарушают права и охраняемые законом интересы административного истца.

Цель Порядка, как следует из его пункта 2, – регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на обеспечение за счёт средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования, создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Порядок определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объёме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Вопросы тарифов на оплату медицинской помощи Порядок не регулирует.

Законодательство об обязательном медицинском страховании состоит из Федерального закона об основах охраны здоровья граждан, Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Федерального закона об обязательном медицинском страховании, других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации. Отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации (статья 2 Федерального закона об обязательном медицинском страховании).

Проанализировав законодательство в рассматриваемой сфере правоотношений, суд первой инстанции пришёл к правильному выводу о том, что пункт 30 Порядка, предусматривающий проведение экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества медицинской помощи, соответствует законодательству об обязательном медицинском страховании.

Ссылка в апелляционной жалобе на то, что требование о проведении экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества медицинской помощи в период до 1 января 2022 г. не соответствует действующему законодательству, ошибочна по следующим основаниям.

В силу части 2 статьи 40 Федерального закона об обязательном медицинском страховании контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путём проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи – это выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (часть 6 этой же нормы закона).

Согласно части 1 статьи 64 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Часть 2 поименованной выше нормы федерального закона устанавливает, что критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 этого закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В соответствии с данной нормой закона издан приказ

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Учитывая изложенное, проведение экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев качества, предусмотренное оспоренным в части Порядком, осуществляется в соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона об обязательном медицинском страховании и направлено на выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе на оценку своевременности её оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Довод в апелляционной жалобе о содержательном различии понятий «экспертиза качества медицинской помощи» и «экспертиза качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества» не свидетельствует о незаконности обжалованного решения суда, как не опровергающий его вывод (по изложенным выше основаниям) о законности предписания пункта 30 Порядка о проведении экспертизы качества медицинской помощи на основании критериев оценки качества медицинской помощи.

Вывод суда первой инстанции о соответствии законодательству об обязательном медицинском страховании подпунктов 1, 4 пункта 85 Порядка и пунктов 1.5, 3.2, 3.3 приложения 8 к Порядку, касающихся указания на клинические рекомендации, также правомерен.

Действующая редакция Федерального закона об основах охраны здоровья граждан, регулируя вопросы организации медицинской помощи, в пункте 4 части 1 и части 14 статьи 37 предусматривает организацию и оказание медицинской помощи с учётом стандартов медицинской помощи, разработанных на основе клинических рекомендаций.

Согласно пункту 23 статьи 2 этого закона (введён Федеральным законом от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ и действует с 1 января 2019 г.) клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учётом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

Пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ установлено, что медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), указанному в части 3 статьи 37 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан, до 31 декабря 2021 г.

Пункт 4 названной выше статьи закона, в свою очередь, определяет, что клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утверждённые медицинскими профессиональными

некоммерческими организациями до дня вступления в силу данного федерального закона, применяются до их пересмотра и утверждения в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан, но не позднее 31 декабря 2021 г.

В соответствии с пунктом 4 части 1 статьи 37 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается с учётом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций, одобренных и утверждённых в соответствии с названной статьёй, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (часть 14 статьи 37 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан).

Таким образом, поименованный закон предусматривает организацию и оказание медицинской помощи с учётом стандартов медицинской помощи, разработанных на основе клинических рекомендаций. В связи с этим довод административного истца, изложенный в апелляционной жалобе, о том, что клинические рекомендации подлежат применению лишь с 1 января 2022 г., несостоятелен.

В силу части 3 статьи 40 Федерального закона об обязательном медицинском страховании медико-экономический контроль – это установление соответствия сведений об объёмах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Приложение 5 к Порядку, содержащее рекомендуемый образец реестра актов медико-экономического контроля, который предусматривает отражение не согласованных к оплате реестров счетов за превышение согласованных объёмов медицинской помощи (пункт 2), а также не принятых к оплате в связи с превышением установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объёмов медицинской помощи (пункт 2.2), соответствует законодательству об обязательном медицинском страховании.

Федеральный закон об обязательном медицинском страховании предусматривает, что оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованному лицу, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объёмов предоставленной медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования (часть 6 статьи 39).

Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи урегулирован в статье 41 Федерального закона об обязательном медицинском страховании.

При этом, как следует из положений части 1 указанной выше статьи закона, сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объёма средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Доводы Ассоциации, приведённые в апелляционной жалобе, о незаконности оспоренных положений ввиду необходимости на основании клинических рекомендаций разработать единый стандарт медицинской помощи и изменить существующие тарифы, лишь после чего уже будет возможно применение к медицинским организациям санкций в виде штрафов и уменьшения оплаты по обязательному медицинскому страхованию, по существу основаны на предположениях о необходимых способах правового регулирования рассматриваемых правоотношений, что не означает незаконности и необоснованности самих оспоренных предписаний, имеющих ясно выраженное правовое содержание и не допускающих их неоднозначного толкования.

Согласно пункту 2 части 2 статьи 215 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации по результатам рассмотрения административного дела об оспаривании нормативного правового акта суд принимает решение об отказе в удовлетворении заявленных требований, если оспариваемый полностью или в части нормативный правовой акт признаётся соответствующим иному нормативному правовому акту, имеющему большую юридическую силу.

При рассмотрении и разрешении административного дела судом первой инстанции правильно были определены обстоятельства, имеющие значение для разрешения спора, в решении приведены и проанализированы в совокупности нормы права, подлежащие применению в данном деле, а выводы суда, изложенные в решении, соответствуют обстоятельствам дела и действующему законодательству.

Установив, что какому-либо федеральному закону или иному нормативному правовому акту, имеющему большую юридическую силу, оспоренный в части правовой акт, принятый в установленном законом порядке,

не противоречит, суд первой инстанции правомерно отказал административному истцу в удовлетворении заявленных требований.

Ссылка в апелляционной жалобе на необоснованность обжалуемого решения несостоятельна. Решение суда первой инстанции должным образом мотивировано, вынесено с соблюдением норм процессуального права и при правильном применении норм материального права. Предусмотренных статьёй 310 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации оснований для отмены или изменения решения в апелляционном порядке не имеется.

Руководствуясь статьями 308–311 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации, Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации

определила:

решение Верховного Суда Российской Федерации от 16 декабря 2019 г. оставить без изменения, апелляционную жалобу Национальной Ассоциации медицинских организаций – без удовлетворения.

Председательствующий



Г.В. Манохина

Члены коллегии



В.Ю. Зайцев



Н.А. Ксенофонтова