ГАРАНТ
медицина

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ОБЗОР

22 февраля - 01 марта 2019 г.

Врачи, свидетельствующие водителей «на алкоголь», должны иметь спецподготовку

Справка Саратовского областного суда от 19.02.2019 о судебной практике по гражданским, административным делам и делам об административных правонарушениях, рассмотренным в кассационной инстанции Саратовского областного суда во 2 полугодии 2018 г.

Врачи и фельдшеры, которые проводят медицинское освидетельствование водителя на состояние опьянения, обязаны иметь «за плечами» - помимо медицинского образования - еще и дополнительную подготовку по вопросам проведения медосвидетельствования на состояние опьянения водителей транспортных средств. В противном случае составленные ими акты освидетельствования не будут приниматься судом в качестве надлежащего доказательства.

На это указал областной суд, разбирая ошибки, допущенные нижестоящими судами по делам об административных правонарушениях. В качестве примера было приведено дело, в котором ГИБДД не смогла доказать факт пьяной езды, несмотря на то что показания больничного алкотестера во время спорного освидетельствования составили 0,21 мг/л и 0,18 мг/л. Однако в суде выяснилось, что освидетельствование проводил врач-хируг, который не проходил обучение по 36-часовой программе подготовки врачей по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами. В итоге постановление о наказании пришлось отменить.

Нюансы учета сведений о случаях медпомощи онкобольным в реестре счёта: разъяснения ФФОМС

Письмо ФФОМС от 18 января 2019 г. N 499/91/и

Если в рамках случая медпомощи онкопациенту был взят материал для проведения диагностики и/или пришли ее результаты, то при формировании реестра счёта нужно обязательно заполнить поля «Дата взятия материала», «Тип диагностического показателя», «Код диагностического показателя».

Кроме того, Методрекомендации Минздрава предусматривают схемы лекарственной терапии взрослых при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей). Поэтому при формировании реестра счёта поле «Код схемы лекарственной терапии» заполняется следующим образом:

- при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше - кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024;

- при ЗНО у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей - значением «нет».

861 руб в месяц - «проектная» цена соцуслуги по ЛЛО на текущий год

Проект Постановления Правительства РФ «Об установлении норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина...»

861 рублей 80 копеек в месяц на одного лекарственного «льготника» в 2019 году будет выплачивать федеральный бюджет регионам (согласно проекту, представленному Минздравом).

Таков финансовый размер оказания «федеральным» льготникам социальной услуги по обеспечению лекарствами, медизделиями и спецпродуктами лечебного питания по рецептам, если получатели не «заменили» эту льготу на денежные выплаты в означенном размере. Напомним, что льгота касается следующих категорий граждан:

- инвалиды и дети-инвалиды,

- ветераны боевых действий,

- инвалиды войны;

- лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и приравненные к ним категории граждан;

- участники Великой Отечественной войны, военнослужащие, проходившие военную службу вне состава действующей армии, в период с 22.06.1941 по 03.09.1945 не менее 6 месяцев либо награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

- лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

- лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

- члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц г. Ленинграда.

Определены коэффициенты локализации ряда медизделий одноразового применения в целях расчета НМЦК при закупках изделий из ПВХ-пластиков

Письмо Минпромторга России от 7 ноября 2018 г. N ЦС-72471/19

Минпромторг России в соответствии с п. 3 методики расчета НМЦК на поставку медицинских изделий, включенных в перечень изделий одноразового применения (использования) из ПВХ-пластиков, происходящих из иностранных государств, в отношении которых устанавливаются ограничения допуска для целей осуществления закупок, рассчитал коэффициент локализации ряда указанных изделий.

В частности, коэффициент локализации за 2019 год определен для:

- устройств для переливания крови, кровезаменителей и инфузионных растворов;

- контейнеров для заготовки, хранения и транспортирования донорской крови и ее компонентов;

- расходных материалов для аппаратов искусственной вентиляции легких;

- расходных материалов для аппаратов донорского плазмафереза/тромбоцитофереза;

- расходных материалов для аппаратов искусственного (экстрокорпорального) кровообращения;

- мочеприемников/калоприемников.

Правила ОМС- контроля за предоставлением медпомощи обновят

Проект Приказа ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

ФФОМС представил новые правила контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи, оплачиваемой из ОМС. Революционных изменений не будет - структура и этапы контроля, в целом, остаются прежними.

Значительно изменится контроль за «раковой» медпомощью. С момента появления признака «Подозрение на онкологическое заболевание» СМО - на инфоресурсе ТФОМС - обязана сформировать индивидуальную историю страховых случаев застрахованного онкопациента на основе реестров счетов на оплату медпомощи. Эта история будет отражать все обращения пациента в связи с ЗНО на всех этапах и уровнях ее оказания. МЭЭ будет оценивать соответствие оказанной онкомедпомощи клиническим рекомендациям, в том числе своевременность диагностики и лечения.

МЭК станет выявлять, в том числе, случаи невключения/ несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения лиц с теми диагнозами, при которых предусмотрено это наблюдение.

Целевая МЭЭ будет проводиться чаще - проект предусматривает дополнительные основания для нее:

- оказание медпомощи по профилю «онкология» с применением химиотерапии;

- несвоевременная постановка на диспансерный учет;

- непрофильная госпитализация - то есть госпитализации пациента, которого следовало планово лечить в стационаре другого профиля согласно региональной маршрутизации пациентов.

Изменятся сроки целевой МЭЭ - месяц со дня акта МЭК (сейчас - месяц со дня предоставления реестров счетов и счетов на оплату). Исключения:

- выявление «за истекшие сутки» случая непрофильной госпитализации. В этом случае СМО формирует экспертное заключение, один экземпляр которого направляется руководителю медорганизации, выдавшей направление на плановую госпитализацию, другой - в региональный ОУЗ для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации;

- телемедицинская помощь со стороны национальных медицинских исследовательских центров. В этом случае МЭЭ проводится в течение двух дней со дня получения СМО сведений о такой телемедконсультации. А оценивать МЭЭ станет - в том числе - «первичку» на предмет записей лечащего врача о применении рекомендаций медработников НМИЦ, которые были выданы ими на этой же телемедицинской консультации (по перечню заболеваний, по которым Минздрав предусмотрит дистанционную телемедицинскую консультацию НМИЦ). Все «дефектные» случаи затем передадутся на ЭКМП, которая в данной категории проводится ежемесячно по итогам МЭЭ, и выявляет факты невыполнения/неполного выполнения рекомендаций НМИЦ.

ЭКМП, как и сейчас, будет проверять соответствие оказанной медпомощи договору ОМС, порядкам, стандартам, КР и клинической практике. Однако вводится норма о том, что критерии оценки качества медпомощи в целях ЭКМП должны утверждаться в соответствии с ч. 2 ст. 64 Закона N 323-ФЗ об основах охраны здоровья граждан. Кроме того, будет практиковаться проведение ЭКМП с применением мультидисциплинарного подхода - несколькими экспертами по нескольким специальностям.

Целевая ЭКМП летальных исходов будет проводиться не всегда (как сейчас), а лишь при некоторых нозологических формах: острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, пневмонии, ЗНО молочной железы у женщин. Увеличится количество целевой ЭКМП при повторном обоснованном обращении пациента: если сейчас она проводится при обращении за амбулаторно-поликлинической помощью в течении 15 дней, то согласно проекту будет проводиться при повторном обращении в течении 30 дней. Кроме того, на ЭКМП попадут все случаи нарушений при оказании помощи онкопациентам, выявленные на МЭЭ.

Кроме того, расширился ассортимент тематик для тематических ЭКМП: таковая будет, в том числе, выявлять случаев невключения или

«Горячая линия»
8-800-100-9705
тел./факс: (8442) 26-64-41
АПИ ВОЛГОГРАД
АГЕНТСТВО ПРАВОВОЙ ИНФОРМАЦИИ
официальный региональный партнер
УВЕРЕННОСТЬ В КАЖДОМ РЕШЕНИИ.
ГАРАНТ
ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

несвоевременного включения пациентов в группу диспансерного наблюдения. Такая экспертиза может проводиться дважды в год и чаще.

ТФОМС, СМО и медорганизации, согласно проекту, должны взаимодействовать - в том числе - на основе программного комплекса ТФОМС, организуемого в целях инфосопровождения застрахованных лиц и интегрированного с информационными системами ТФОМС по персонифицированному учету сведений о пациентах и оказанной им медпомощи. Этот программный комплекс должен работать круглосуточно в режиме онлайн реального времени, и к нему получают доступ и пользуются и СМО (в том числе страховые представители), и медицинские организации.

Именно этот ресурс обеспечивает проведение постоянных проверок своевременности включения в группу диспансерного наблюдения и своевременности диспансерных приемов, а также правильность маршрутизации пациентов, их информирование о праве выбора медорганизации и перевод при необходимости в иную медорганизацию (все проверяют СМО).

Патентная чистота лекарственного препарата будет проверяться на этапе его госрегистрации

Проект Федерального закона «О внесении изменений в статью 18 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» (подготовлен Минздравом России)

Минздрав России подготовил поправки, обязывающие - уже на этапе госрегистрации лекарства - предъявить сведения о существующей охране интеллектуальных прав на заявляемый лекарственный препарат, а также письменное подтверждение, что таковая регистрация не нарушает прав третьих лиц на интеллектуальную собственность, и копии патентов и свидетельств, удостоверяющих исключительные права, относящиеся к лекарственному средству.

Напомним, что подобные нормы уже есть в Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств, утвержденных решением Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 N 78.

Готовится новый порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, в том числе бывшими и потенциальными

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом...»

Минздрав подготовил проект собственного приказа об утверждении нового Порядка диспансерного наблюдения за пациентами с туберкулезом, а том числе бывшими или «с подозрением», а также контактными лицами.

Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом существует и сейчас. Однако он утвержден Правительством РФ, а согласно поправкам десятилетней давности в Закон о предупреждении туберкулеза, такой порядок должен утвердить Минздрав. Долгое время, однако, не было никакой надобности в новом, «министерском», порядке взамен старого «правительственного». Но в августе прошлого года свежие поправки в упомянутый закон потребовали также диспансерного наблюдения и за исцелившимися, и за лицами с подозрением на чахотку, и за лицами, которые с ними (или с больными животными) контактировали по месту жительства (пребывания, нахождения, работы, учебы, отбывания наказания, содержания под стражей). Кстати, для них сроки диспансерного наблюдения зависят от сроков исцеления /смерти их знакомого с туберкулезом - с наблюдения их снимут только через год после этого события (но некоторых будут наблюдать дольше).

Поэтому Минздраву пришлось целиком создавать новый порядок диспансеризации всех указанных групп, которые в проекте имеют статус «пациентов». Все они - независимо от уровня заболевания - должны будут наблюдаться, согласно проекту, в медицинских противотуберкулезных организациях, туберкулезных (фтизиатрических) кабинетах медорганизаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «фтизиатрия». Правда, принудительное диснаблюдение возможно только в отношении больных активной формой туберкулеза, все остальные будут наблюдаться только по желанию. Решение о том, в какую группу диснаблюдения зачислить пациента и на какой срок,- принимает врачебная комиссия.

Наблюдаться можно по месту жительства, работы, службы, учебы, по месту отбывания наказания в виде лишения свободы, в местах содержания под стражей. Если пациент переезжает в другой регион (или просто уезжает на полгода и более), - он обязан будет сообщить об этом, максимум, за 10 дней до отъезда, и встать на учет в своем новом месте, максимум, через 10 дней после переезда. Фтизиатрам тоже добавят обязанностей - связаться с новым регионом отъехавшего пациента и передать о нем туда релевантные сведения.

Показатели качества для лекарственного растительного сырья и препаратов: рекомендации ЕЭК

Рекомендации Коллегии Евразийской экономической комиссии от 12 февраля 2019 г. N 6

ЕЭК предложило государствам ЕАЭС тесты и критерии приемлемости для составления спецификаций на лекарственное растительное сырье, фармацевтические субстанции и препараты.

Это позволит унифицировать подходы к оценке качества растительных препаратов, исключить введение в спецификации излишних тестов. Для экспортной продукции будет обеспечена преемственность выбранных тестов и критериев для использования спецификаций в третьих странах.

Переход на использование референтных цен при расчете НМЦК на лекпрепараты, в отношении которых определена взаимозаменяемость, будет осуществлен поэтапно в 2019 году

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «О внесении изменений в Порядок определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта...»

Проект соответствующих изменений в Порядок определения НМЦК, цены контракта, заключаемого с единственным контрагентом, при осуществлении закупок лекарственных препаратов для медицинского применения (далее - Порядок) подготовил Минздрав России.

Так, в новой редакции планируется изложить сноски «3» и «4.1» к подп. «в» п. 3 и п. 4 Порядка и определить, что использовать предусмотренные подп. «в» п. 3 Порядка референтные цены при определении НМЦК заказчики смогут, начиная с даты размещения соответствующих данных в ЕИС. При этом порядок расчета цены за единицу лекарственного препарата, приведенный в сноске «4.1», применяется заказчиками также с учетом даты размещения данных о референтных ценах в ЕИС.

В пояснительной записке к проекту отмечается, что переход на расчет и использование референтных цен на лекарственные препараты, в отношении которых определена взаимозаменяемость, будет осуществлен поэтапно в 2019 году.

Проект правил заготовки и работы с донорской кровью представлен Минздравом

Проект Постановления Правительства РФ»Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови...»

Минздрав подготовил проект Правил заготовки, хранения, перевозки и клинического использования донорской крови (взамен действующего Техрегламента).

Для того, чтобы требования Правил соблюдались, всем субъектам обращения крови необходимо будет внедрить и совершенствовать систему безопасности, в том числе управление персоналом, ведение меддокументации, идентификацию и прослеживаемость, внутренний аудит и т.д.

Минздрав будет утверждать конкретные требования к организации деятельности субъектов обращения донорской крови (штатные нормативы, стандарты оснащения и т.п.).

В качестве приложения к Правилам приведены - в табличной форме - условия хранения и транспортировки крови, а также перечень значений показателей безопасности донорской крови.

Проектом Правил предусмотрено - по сравнению с действующим Техрегламентом - большее количество терминов, как совершенно новых (например,»аллоиммунные антитела», «бактериальная контаминация» или «гранулоцитный концентрат»), так и тех, которые фактически используются сейчас, однако их значение специально не раскрывается (например, «браковка» или «идентификационный номер донора»).

Медицинская реабилитация взрослых: представлен проект Порядка

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослому населению»

Минздрав представил проект Порядка медицинской реабилитации взрослых пациентов. Проект предполагает отмену ныне действующего Порядка, который касается как взрослых, так и детей. Это связано с тем, что медицинская реабилитация маленьких пациентов имеет свои особенности. Правда, «детский» проект порядка медреабилитации пока не появился на Федеральном портале проектов правовых актов.

Проектом предусмотрено, что реабилитация осуществляется независимо от сроков развития заболевания или состояния при наличии реабилитационного потенциала. То есть когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций и (или) жизнедеятельности пациента. Реабилитация осуществляется на основании установленного реабилитационного диагноза и в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации (ИПМР), при взаимодействии с учреждениями МСЭ и органами соцзащиты.

Пациентам, которые имеют выраженное нарушение функций пораженного органа/ системы, полностью зависят от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеют перспективы восстановления (то есть отсутствует реабилитационный потенциал), реабилитация не проводится. Вместо нее им оказывается паллиативная медпомощь. Пациентам с установленной ранее инвалидностью реабилитация оказывается при наличии неполной реализации реабилитационного потенциала. Направление реабилитацию выдается лечащим врачом, врачом МСЭ, в соответствии с ИПРА.

Осуществляют медреабилитацию специалисты мультидисциплинарной реабилитационной бригады (МДБ). Положение о МДБ приведено в приложениях к проекту.

Реабилитация осуществляется в три этапа:

- первый этап - в острейший (до 72 часов) и острый период, в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, предоперационный и послеоперационный период. Проводится в стационаре, в том числе в ОРИТ;

- второй этап - в стационарных условиях специалистами МДБ в острый, ранний восстановительный период, поздний восстановительный период, период остаточных явлений течения основного заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения, при последствиях хирургических вмешательств в реабилитационных отделениях (центрах) медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

- третий этап - в ранний и поздний восстановительный период, период остаточных явлений течения заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения специалистами МДБ в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

Продолжительность одного курса по медицинской реабилитации в соответствии с ИПМР на всех этапах составляет не менее 10 комплексов мероприятий (медицинских услуг) по медицинской реабилитации:

«Горячая линия»
8-800-100-9705
тел./факс: (8442) 26-64-41
АПИ ВОЛГОГРАД
АГЕНТСТВО ПРАВОВОЙ ИНФОРМАЦИИ
официальный региональный партнер
УВЕРЕННОСТЬ В КАЖДОМ РЕШЕНИИ.
ГАРАНТ
ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

на 1-ом и 2-ом этапах проводимых ежедневно в течение 10 дней;

на 3-ем этапе - не реже, чем один комплекс мероприятий (медицинских услуг) по медицинской реабилитации каждые 48 часов.

Кроме того, проект Порядка предусматривает оказание медреабилитации новыми должностями: врача физической и реабилитационной медицины (в действующей модели - врач по профилю оказываемой помощи, врач по лечебной физкультуре, врач - физиотерапевт), кинезотерапевта или физического терапевта (в действующей модели - инструктор-методист по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии), эртотерапевта, клинического логопеда (в действующей модели - логопед), медицинского психолога. Однако до 1 сентября 2020 года в состав МДБ могут входить врачи «старых» специальностей.

Кормим детей в больницах, школах, приютах: как сделать это правильно?

Методические рекомендации МР 2.4.5.0131-18 «Практические аспекты организации рационального питания детей и подростков, организация мониторинга питания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 10 августа 2018 г.)

Роспотребнадзор утвердил методические рекомендации по «правильному питанию» детей и подростков в организованных детских коллективах.

Рекомендации будут полезны, в первую очередь, региональным органам управления образованием и образовательным/оздоровительным организациям для детей и подростков, а также неравнодушным представителям родительской общественности.

В тексте рекомендаций есть указания по:

- разработке меню, включая его разбивку по калорийности и количеству жиров, белков и углеводов;

- расчету калорийности меню в зависимости от активности детей,

- организации ежедневного мониторинга питания.

Приводятся примерные наборы продуктов по приемам пищи для организации питания детей в садиках, приютах, школах и колледжах в брутто и нетто. Любопытно, что рекомендуемая суточная норма получения соли для ребенка установлена, согласно примерным наборам, в 6 грамм в сутки, в то время как Минздрав считает такое количество соли избыточной и настаивает на норме в менее 5 грамм в сутки (правда, для взрослых). А норма свежих овощей и фруктов (нетто) в МР составляет 360 грамм в сутки, в то время как Минздрав полагает нездоровым употребление менее 400 грамм свежих фруктов и овощей в день. Да и потребление рыбы по рекомендованным примерным наборам составит 259 грамм в неделю, то есть 13,5 кг рыбы в год, в то время как еще Российская академия медицинских наук рекомендовала съедать не менее 23,7 кг рыбы в год.

Минздрав предложил новую форму медицинской книжки

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об унифицированной форме медицинской документации и порядке учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек»

Минздрав России подготовил проект приказа об утверждении новой формы личной медицинской книжки и порядка ее заполнения. Помимо прочего, в новой книжке будет отсутствовать раздел «Профессиональная гигиеническая подготовка и аттестация». Предусмотрено, что ранее выданные книжки замене не подлежат и действительны до полного заполнения всех страниц.

Также планируется актуализировать перечень категорий работников, которым выдается медицинская книжка. Напомним, что в соответствии с ныне действующим приказом Роспотребнадзора от 20.05.2005 N 402 медицинские книжки выдаются работникам отдельных профессий, производств и организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

Предлагаемый же порядок предусматривает выдачу медицинских книжек, в том числе и работникам организаций медицинской промышленности и аптечной сети, связанным с изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств.

Субсидия на госзадание и средства ОМС: как разделить расходы по содержанию имущества?

Письмо Минфина России от 04.02.2019 N 09-07-08/6439

Медицинские учреждения может иметь несколько источников финансирования: субсидия на выполнение задания, средства ОМС, приносящая доход деятельность. И если имущество учреждения используется в рамках нескольких видов финансового обеспечения, то затраты по содержанию имущества и уплату имущественных налогов на имущество следует распределить между видами деятельности, ведь такие расходы закладываются и в субсидию, и в тариф на оплату медпомощи по ОМС. Но как это сделать? По какому критерию разделить затраты между видами финобеспечения?

Возможные варианты такого распределения Фонд обязательного медицинского страхования предлагал несколько лет назад, подчеркивая недопустимость возмещения определенных видов затрат за счет средств ОМС при наличии нескольких источников финансирования.

Однако, по мнению Минфина, подобные вопросы должны быть урегулированы на уровне высшего органа исполнительной власти субъекта РФ или местной администрации. В нормативном правовом акте, который определяет порядок формирования го-

сударственного или муниципального задания, следует предусмотреть порядок финансирования затрат на содержание имущества, на коммунальные услуги и на уплату налогов на имущество как за счет средств субсидии на выполнение задания, так и за счет средств ОМС, как это сделано, например, на федеральном уровне.

Услуга по доставке трупов из больницы в морг должна оплачиваться за счет ОМС

Определение Верховного Суда РФ от 15 января 2019 г. N 304-КГ18-23029

Постановление АС Западно-Сибирского округа от 20 сентября 2018 г. N Ф04-3788/18

Оплата транспортных услуг по доставке трупов из стационара в морг за счет ОМС является целевым расходованием средств ОМС. На это указали суды, рассматривая спор между горбольницей и ТФОМС: больница оспаривала решение ТФОМС о признании указанных расходов нецелевыми и начислении штрафа.

Однако суды признали, что больница не нарушала законодательство:

- базовая программа ОМС определяет виды медпомощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медпомощи, оказываемой застрахованным лицам за счет средств ОМС;

- при этом закон поднимает под медпомощью комплексное предоставление медицинских услуг; под ними понимаются медвмешательства, направленные, в том числе, на диагностику заболеваний, под которой понимается комплекс вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых, в том числе, посредством патолого-анатомических исследований;

- кроме того, согласно Терпрограмме ОМС тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках этой программы, включают в себя, в том числе, расходы на оплату транспортных услуг;

- следовательно, обязанность по организации транспортировки трупов пациентов, умерших в больнице, в патолого-анатомическое отделение законодательно отнесена на больницу, а значит, спорные суммы должны финансироваться за счет средств фонда ОМС как расходы на оплату транспортных услуг.

Верховный Суд РФ согласился с этим, присовокупив, что спорные расходы медучреждения должны финансироваться за счет средств фонда ОМС как услуги по оказанию медицинской помощи в условиях стационара.

Отметим, что ВС РФ уже высказывался аналогичным образом по этому же вопросу (мы писали об этом ранее).

Главный санитарный врач РФ намерен ужесточить требования к лицам с подозрением на туберкулез и контактирующих с больными

Проект Постановления Главного государственного санитарного врача РФ «О внесении изменений в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 N 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза»

Роспотребнадзор анонсировал свежие правки в СП по профилактике туберкулеза. В целом, они сводятся к закреплению новых обязанностей - как для больных чахоткой, так и для иных категорий лиц:

- пациенты с признаками чахотки обязательно отправляются к фтизиатру для дальнейшего обследования. Проектом предусмотрено дополнение, согласно которому такой пациент обязан явиться к фтизиатру в течение ближайших двух недель и пройти необходимые обследования (строго говоря, поправка не вполне согласуется с положениями Закона о предупреждении распространения туберкулеза, согласно которым обязательность лечения установлена исключительно для больных активной формой туберкулеза. Лицо с подозрением на туберкулез к этой категории не относится).

- руководство организации - согласно проекту - будет контролировать не только своевременные медосмотры своих работников на предмет туберкулеза (это есть и сейчас), но и своевременное дообследование этих самых работников у фтизиатра в целях уточнения диагноза. Отметим, что легальных способов принудить своего работника пройти дообследование у работодателя (за исключением некоторых отраслей) и нет, поэтому неясно, каким образом будет осуществляться такой контроль;

- все лица, больные туберкулезом в любой форме, будут - согласно правкам - обязаны проходить лечение, соблюдать его режим, соблюдать правила личной гигиены и рекомендации врача-фтизиатра, находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов. Отметим, что согласно вышеупомянутому Закону все эти обязанности предусмотрены только для лиц с активной формой туберкулеза и для лиц с заразными формами туберкулеза;

- кроме того, проект поправок устанавливает новые обязанности для контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом. Они будут обязаны проходить медобследование и профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов, находиться под наблюдением, соблюдать периодичность диспансерных приемов, выполнять рекомендации врача-фтизиатра, в том числе по соблюдению правил личной гигиены, и т.п. Отметим, что сейчас контактные лица вовсе не находятся под диспансерным наблюдением, а согласно проекту новых правил диспансерного наблюдения в связи с туберкулезом, контактные лица поступают под него после подписания добровольного информированного согласия.

«Горячая линия»
8-800-100-9705
тел./факс: (8442) 26-64-41
АПИ ВОЛГОГРАД
АГЕНТСТВО ПРАВОВОЙ ИНФОРМАЦИИ
официальный региональный партнер
УВЕРЕННОСТЬ В КАЖДОМ РЕШЕНИИ.
ГАРАНТ
ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ