



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

МАРТ 2023 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Март 2023 года. Выпуск №3 (31)

Обновляемые подборки практических решений, вопросы-ответы по наиболее актуальным правовым, организационным и экономическим вопросам в сфере здравоохранения

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|---|
| I. ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании «ГАРАНТ») | 2 |
| 1. Сверхобъемная помощь по ОМС не должна оплачиваться, если медорганизация не обжаловала выделенный ей объем медпомощи | 2 |
| 2. Расходы на спинальную анестезию входят в состав тарифа на оплату законченного случая ортопедического лечения | 3 |
| 3. Некорректное применение тарифа ОМС (выставление нескольких исследований одного нерва одному пациенту в одно и то же время) не наказывается штрафом в системе ОМС..... | 5 |
| II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ») | 6 |
| 1. Как будут проходить дистанционные медосмотры работников?..... | 6 |
| 2. Какие локальные документы должны быть приняты в медицинской организации для сопровождения оборота наркотических и психотропных препаратов?..... | 7 |
| 3. Какие расходы должны быть обязательно включены в тариф на оплату медицинской помощи в субъектах РФ?..... | 9 |

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

При поддержке компании ООО «Новартис Фарма»

I. ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании «ГАРАНТ»)

1. Сверхобъемная помощь по ОМС не должна оплачиваться, если медорганизация не обжаловала выделенный ей объем медпомощи

Определение Верховного Суда РФ от 13 марта 2023 г. N 307-ЭС23-1094

Частная медорганизация обратилась с иском к СМО о взыскании более 700 тысяч рублей задолженности за оказанные медицинские услуги и неустойки, однако суды отказали в удовлетворении иска:

- в соответствии с договором между СМО и медорганизацией, оплата медицинской помощи по ОМС, оказанной застрахованным лицам, должна производиться в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (приложение N 1 к Договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- спорная сумма задолженности исключена из счета медорганизации согласно акту МЭК,

- результаты МЭК оформлены актами по установленной форме и медорганизацией не оспорены. Между тем, законодательство предусматривает порядок обжалования заключения СМО по результатам контроля, в случае несогласия медицинской организации с ним, путем заявления разногласий по акту и обращения с претензией в территориальный фонд ОМС, которым в таком случае повторно проводится контрольное мероприятие и по его результатам принимается решение;

- медорганизация согласилась с выделенным объемом предоставления медпомощи, не обжаловала решение Комиссии по разработке терпрограммы ОМС и не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов с учетом фактической потребности медицинской организации;

- таким образом, поскольку медицинской организацией оказаны услуги с превышением объемов оказания медпомощи, установленных решением Комиссии, при этом счета и реестры счетов на спорную сумму, выставленные медорганизацией к оплате, не прошли формально-логический контроль, и медорганизация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медпомощи, у медорганизации отсутствовало право на истребование у СМО спорной суммы.

ВС РФ отказал медицинской организации в пересмотре дела.

2. Расходы на спинальную анестезию входят в состав тарифа на оплату законченного случая ортопедического лечения

Определение Верховного Суда РФ от 21 февраля 2023 г. N 301-ЭС22-29348

Частная клиника оспаривала акты целевых МЭЭ, проведенных СМО и ТФОМС, по факту жалобы пациента на "побор": пациенту было проведено бесплатное в рамках ОМС лечение по профилю "травматология-ортопедия", однако за спинальную анестезию ему пришлось доплатить из собственного кармана.

Клиника указывала на неправомерность как проведения самих МЭЭ, так и их результатов:

- МЭЭ проводится по жалобам пациентов, а в данном случае пациент не жаловался, а обратился в СМО с вопросом о компенсации ему расходов на анестезию. Поэтому проводить МЭЭ, по мнению клиники, не стоило;

- спинальная анестезия не входит в состав тарифа ОМС на оплату законченного случая по оперативному вмешательству. Тем самым она подлежит отдельной оплате застрахованным лицом. Потому что в Номенклатуре медуслуг отдельные виды анестезии являются самостоятельными медицинскими услугами, следовательно, обезболивание при оперативном вмешательстве необходимо признать отдельным законченным видом медицинской услуги.

Однако суды встали на сторону СМО и ТФОМС:

- пациент, допрошенный судом, подтвердил, что в действительности он, конечно, жаловался на клинику и на доступность медпомощи. При этом несоблюдение пациентом формы обращения не должно препятствовать совершению СМО действий, направленных на защиту его нарушенных прав;

- порядок расчета стоимости (тарифа) на оказание медпомощи в соответствии с утверждёнными в базовой программе ОМС и в терпрограмме ОМС способами оплаты в 2020 году определен Методическими рекомендациями, согласно которым оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по клинко-статистической группе заболеваний (клинко-профильной группе) осуществляется во всех страховых случаях, за исключением ряда случаев, к которым выполненное клиникой оперативное вмешательство не относится;

- формирование КСГ произведено на федеральном уровне и осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратноёмкость лечения пациентов (классификационных критериев): диагноз, хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология, схема лекарственной терапии, МНН лекарственного препарата, возрастная категория пациента, сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания, оценка состояния пациента по шкалам, длительность непрерывного проведения ресурсоёмких медуслуг, количество дней проведения лучевой терапии (фракций), пол, длительность лечения;

- при этом согласно упомянутым Методическим рекомендациям расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ или КПП осуществляется на основе следующих экономических параметров: размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (**базовая ставка**); коэффициент относительной затратноёмкости; коэффициент дифференциации, при наличии; поправочные коэффициенты: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациента. Под базовой ставкой понимается средний объем финансового

обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных терпрограммой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (**средняя стоимость законченного случая лечения**);

- следовательно, Методическими рекомендациями предусмотрено, что в составе базовой ставки, используемой при расчете тарифа на оплату законченного случая лечения, учитываются затраты медицинской организации на лечение одного пациента исходя из нормативов объемов медицинской помощи, в том числе и затраты на применение анестезии;

- таким образом, расходы клиники на применение спинальной анестезии при выполнении оперативного вмешательства должны быть учтены при расчете стоимости законченного случая лечения;

- более того, в спорный период действовали утвержденные ФФОМС Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, в соответствии с пунктом 5.4 Требований при определении тарифов за оказанную медпомощь по способам оплаты медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара должны устанавливаться, в том числе: средний размер финансирования медпомощи, оказываемой медорганизациями, участвующими в реализации терпрограммы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медпомощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных терпрограммой ОМС; перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или клиничко-профильных групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратноемкости КСГ или КПП; размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (базовая ставка), в стационарных условиях не ниже 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, в условиях дневного стационара - не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленных терпрограммой ОМС;

- следовательно, Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения предусмотрено, что при определении тарифов за оказанную медпомощь учитываются в рамках размера средней стоимости законченного случая лечения (базовой ставки) расходы медорганизации на спинальную анестезию при выполнении оперативного вмешательства;

- региональным Тарифным соглашением на оплату медпомощи по ОМС также учтены в рамках базовой ставки расходы медорганизации на анестезию при выполнении оперативного вмешательства;

- таким образом, в состав тарифа на оплату законченного случая лечения включены расходы медорганизации на спинальную анестезию, такой тариф включает в себя все затраты медицинской организации на лечение пациента;

- кроме того, при указанном анестезиологическом сопровождении применялся препарат ропивакаин, который входит в Перечень ЖНВЛП, а согласно ч. 2 ст. 80 Закона об основах охраны здоровья граждан, при осуществлении в рамках ПГТ первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами, включенными в перечень ЖНВЛП;

- наконец, согласно пункту 6 Правил предоставления медорганизациями платных медуслуг, при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медпомощи и территориальной программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. А допрошенный судом пациент пояснил суду, что сотрудники клиники предложили ему выполнить бесплатно операцию, сообщив о необходимости оплаты лишь наркоза, пациент сам не просил применить такой вид наркоза, как спинномозговая анестезия, решение о применении выбранного препарата было принято врачом-анестезиологом. Следовательно, клиникой не разъяснялось пациенту право бесплатного получения анестезиологического обеспечения;

- ссылка же на Номенклатуру медуслуг отклоняется, потому что выполненная застрахованному лицу в рамках оперативного вмешательства спинальная анестезия не имеет самостоятельного значения без проведения самого оперативного вмешательства.

Верховный Суд РФ отказал клинике в пересмотре дела.

3. Некорректное применение тарифа ОМС (выставление нескольких исследований одного нерва одному пациенту в одно и то же время) не наказывается штрафом в системе ОМС

Определение Верховного Суда РФ от 7 февраля 2023 г. N 307-ЭС22-23422

Некорректное применение тарифа (код дефекта 4.6.1) не является основанием для начисления медорганизации штрафа, потому что такой штраф может быть уплачен лишь при неоказании медпомощи либо несвоевременной/ некачественной медпомощи. На это указали суды, рассматривая спор между частной клиникой и ТФОМС: клиника подавала в реестры счетов на оплату по ОМС несколько исследований одного нерва как исследования нескольких нервов; по факту же оказывалось, что это неоднократные исследования нескольких ветвей одного нерва и зон его иннервации.

Суд согласился с тем, что в данном случае клиника применила некорректный тариф, требующий замены по результатам экспертиз:

- отклоняется довод клиники о том, что методологически исследования чувствительных и двигательных волокон смешанных нервов предполагают разные методы и технику выполнения исследований, по сути являются отдельными исследованиями,

- согласно приложению к региональному Тарифному соглашению в системе ОМС функциональные исследования проводятся по одной мышце/одному нерву и не делятся отдельно на моторные и сенсорные функциональные исследования, то есть проводятся в совокупности,

- доводы клиники о том, что объем и метод диагностического исследования по указанному в направлении диагнозу определяет специалист, выполняющий аппаратную диагностику, суд считает не состоятельными, поскольку ответственность за качественное оказание медицинской помощи несет лечащий врач;

- электронейромиографию проводит врач функциональной диагностики, в обязанности которого входит подготовка пациента к исследованию и выполнение самого исследования, обозначенного в направлении согласно диагнозу, указанному в направлении. Врач функциональной диагностики не определяет объем и перечень исследований, не ставит пациенту диагноз и не назначает лечение;

- как видно из направлений, пациенты с предварительным диагнозом "Невропатия левого малоберцового нерва" направляются на электронейромиографию малоберцового нерва и клиника включает в реестр счета вместо одного исследования - несколько, тем самым стоимость медуслуги без законных оснований увеличивается в несколько раз;

- клиника оказывает диагностические услуги на основании направления, выданного медицинскими организациями-фондодержателями, имеющими прикрепленное население, финансирование которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу. У медицинской организации-фондодержателя, которая направила своего прикрепленного гражданина на диагностические исследования, СМО удерживают стоимость медуслуги, оказанной в другой медорганизации из общего объема подушевого финансирования. В результате необоснованных действий клиники при формировании счета и реестра счетов, в части выставления нескольких исследований одного нерва/мышцы одному пациенту в одно и то же время, медицинская организация-фондодержатель недополучает финансовые средства;

- вместе с тем санкции в виде штрафа по пункту 4.6.1 применены ТФОМС ошибочно,

- в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС результатом контроля является, в том числе, уплата медорганизацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медпомощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медпомощи и/или нарушения при оказании медпомощи);

- характер нарушения под кодом 4.6.1 не является основанием для начисления штрафа, поскольку касается ненадлежащего ведения учетно-отчетной документации, то есть хозяйственной деятельности.

Верховный Суд РФ отказал ТФОМС в пересмотре дела, поскольку допущенные клиникой нарушения не свидетельствуют о неоказании, несвоевременном оказании либо оказании медицинской помощи ненадлежащего качества.

II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)

1. Как будут проходить дистанционные медосмотры работников?

Проект Постановления Правительства РФ "Об установлении особенностей проведения медицинских осмотров..." (подготовлен Минздравом 01.03.2023)

Минздрав представил проект Особенности проведения дистанционных медосмотров с применением медизделий, позволяющих дистанционно контролировать и передавать информацию о состоянии здоровья работников:

- медизделие должно быть зарегистрировано (по российскому законодательству или праву ЕврАзЭС),

- медизделие должно включать в себя ПО и иные медизделия (техсредства), обеспечивающие автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья работников

и дистанционный контроль состояния их здоровья, при проведении соответствующего медосмотра;

- ПО должно быть включено в Единый реестр российских программ для ЭВМ и баз данных и в единый реестр Евразийских программ для ЭВМ и баз данных;

- медизделие должно подлежать периодической поверке;

- медизделия должны обеспечивать возможность визуального осмотра медработником видимых кожных покровов работника;

- медосмотр с использованием медизделия должен проводить медработник (в том числе состоящий в штате работодателя), при наличии медлицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по соответствующим медосмотрам;

- медорганизация должна иметь доступ к МИС МО, к ЕГИСЗ и к региональной ГИСЗ;

- медработник для проведения медосмотра с использованием медизделия должен пройти дополнительную профпрограмму повышения квалификации (не менее 36 часов), а также пройти идентификацию в ЛК ФРМР;

- работодатель должен контролировать идентификацию работника в информационной системе при первичной авторизации работника в информационной системе медорганизации для прохождения медосмотра с использованием медицинского изделия;

- медорганизация хранит результаты медосмотров в течении 30 суток с момента их проведения.

Также проектом предусмотрено, что правила проведения ХТИ наличия (отсутствия) в организме человека НС, ПВ и метаболитов в отношении работников, проходящих дистанционный медосмотр, устанавливаются в порядках проведения соответствующих медицинских осмотров.

2. Какие локальные документы должны быть приняты в медицинской организации для сопровождения оборота наркотических и психотропных препаратов?

Оборот наркотических и психотропных препаратов в медорганизации невозможен без оформления большого количества документов. Обязательно должны быть следующие документы:

- Положение о порядке допуска работников медицинской организации к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами;

- Приказ о допуске лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами;

- Дополнительное соглашение к трудовому договору с работником, непосредственно выполняющим работу с наркотическими средствами и психотропными веществами;

- Приказ о назначении ответственного за допуск лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами в учреждении здравоохранения;

- Приказ по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;
- Приказ по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;
- Положение о комиссии, созданной в целях фиксации фактов утраты наркотических средств и (или) психотропных веществ, совершенной медицинскими работниками при осуществлении медицинской деятельности;
- Порядок работы постоянно действующей комиссии по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению;
- Список сотрудников, ознакомленных с приказом по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами в медицинской организации;
- Приказ о создании комиссии в целях фиксации фактов утраты наркотических средств и (или) психотропных веществ, совершенной медицинскими работниками при осуществлении медицинской деятельности;
- Акт на уничтожение использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ в стационарной медицинской организации;
- Журнал передачи ключей и содержимого сейфа не полностью использованных наркотических средств и психотропных веществ во вскрытых ампулах (флаконах);
- Журнал регистрации операций, связанных с оборотом неиспользованных наркотических средств, сданных родственниками или доверенными лицами умерших больных, в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;
- Журнал учета неиспользованных рецептурных бланков на наркотическое средство или психотропное вещество, сданных родственниками или доверенными лицами умерших больных, в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;
- Порядок возврата, учета и уничтожения не полностью использованных ампул (флаконов и т. д.) с остатками наркотических средств и психотропных веществ и неиспользованных наркотических средств и психотропных веществ;
- Порядок назначения (выдачи) наркотических и психотропных лекарственных препаратов пациенту, выписываемому из медицинской организации, имеющему соответствующие медицинские показания и направляемому для продолжения лечения в амбулаторных условиях;
- Приказ о назначении ответственного за ведение и хранение журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

3. Какие расходы должны быть обязательно включены в тариф на оплату медицинской помощи в субъектах РФ?

Структура тарифа всех регионов, т.е. структура произведенных затрат медицинской организацией, подлежащих компенсации за счет средств ОМС должна соответствовать части 7 ст. 35 Закона N 326-ФЗ "Об ОМС".

Обзор тарифных соглашений позволяет сделать вывод о том, что субъекты РФ расширили перечень разрешенных расходов, включив в структуру тарифа закупку медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований, стоимостью до 1 000 000 руб, при отсутствии кредиторской задолженности. Но только в Тарифном соглашении Пермского края определен предельный срок определения кредиторской задолженности - момент размещения Извещения о проведении закупки основного средства.

Тарифными соглашениями предусмотрены расходы на приобретение основных средств для оказания услуг ВМП и за счет средств ВМП без ограничения по сумме закупки.

По разному определено, установленное с 2023 года по базовой программе ОМС ограничение по сумме арендных лизинговых платежей (за один объект лизинга в год) и выкупной стоимости имущества (за единицу имущества) по договору финансовой аренды (см. п. 6 ст. 204 Правил N 108н), в размере 1 000 000 руб., при отсутствии в течение 3-х месяцев просроченной кредиторской задолженности, или 100 000 руб, при наличии указанной задолженности:

- в некоторых Тарифных соглашениях (например, республики Адыгея и Дагестан; Ленинградская, Саратовская, Ульяновская области) непосредственно установлены;
- в большинстве Тарифных соглашений - не упомянуты, но определен принцип формирования тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии Правилами N 108н, т.е. косвенно указано на применение ограничения;
- Тарифное соглашение Алтайского края на текущий момент утвердила лизинговые арендные платежи без ограничения суммы, а ограничение по выкупной стоимости установила в 100 000 руб.