

# ГАРАНТ МЕДИЦИНА



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ОБЗОР

05 апреля - 12 апреля 2019 г.

## Старые рецептурные бланки можно использовать до конца года

**Письмо Министерства здравоохранения РФ от 4 апреля 2019 г. N 25-4/И/2-2885**

С 7 апреля рецепты на лекарственные препараты должны оформляться на новых рецептурных бланках. Однако приказ, утвердивший новые формы, не содержит никаких переходных положений по поводу использования старых бланков в отсутствие новых (об этом мы писали ранее). «Спаси» ситуацию взялся Минздрав: ранее изготовленные рецептурные бланки разрешено использовать до 31 декабря 2019 года.

## ТФОМС обязан оплатить даже «дефектную» медпомощь, оказанную пациенту перед смертью, если эти дефекты не были причиной летального исхода

**Определение Верховного Суда РФ от 29 марта 2019 г. N 304-ЭС19-2328**

Постановление АС Западно-Сибирского округа от 11 декабря 2018 г. N Ф04-5521/18

Если медики допустили ряд нарушений качества медпомощи, однако из-за тяжести заболевания смертельный исход пациента был непредотвратим, то ТФОМС не вправе отказать лечебному учреждению в оплате средств, затраченных на оказание такой медпомощи.

На это указали суды, рассматривая любопытный спор между двумя ТФОМС и городской больницей. Ранее в больнице умер пациент - но не «местный», а из соседнего региона. ТФОМС «по месту страхования» попросил ТФОМС «по месту кончины» провести целевую ЭКМП случая лечения этого пациента. Эта ЭКМП была проведена, и эксперт пришел к выводу, что медпомощь покойному была оказана «с недостатками» (код дефекта/нарушения: «3.6. Нарушение преемственности в лечении, приведшее к увеличению сроков лечения или повлекшее вред»).

Больница обжаловала акт экспертизы в суде, и суды первой и апелляционной инстанции признали его незаконным по следующим основаниям:

- согласно п. 25 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС, целевая ЭКМП проводится в строго оговоренных случаях, в том числе по жалобам застрахованного, в случае летального исхода, и т.п.;

- а спорная экспертиза проводилась в отношении «инообластного» пациента по запросу «соседнего» ТФОМС. А такого основания для проведения экспертизы в п. 25 упомянутого Порядка не предусмотрено;

- стало быть, и проводить ЭКМП нужно было по основанию «летальный исход». А в существующем виде акт экспертизы юридической силы не имеет.

Кассационная инстанция рассудила иначе, хотя отменять нижестоящие решения не стала:

- утверждение о том, что целевая ЭКМП проводилась по запросу «соседнего» ТФОМС, ошибочен, потому что сделан на основании одного лишь сопроводительного письма к спорному акту. А в материалах дела есть и другие релевантные документы - счет (реестр) на

оплату медпомощи по спорному случаю, письмо ТФОМС «по месту страхования» об оплате счета вместе с актом о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, из которых следует, что спорная медпомощь не оплачена и требует дополнительного рассмотрения по причине «невыполнение необходимой медпомощи, приведшее к летальному исходу (оплата по результатам ЭКМП)»;

- кроме того, в материалах дела есть заявка ТФОМС по месту лечения, в которой указано на необходимость проведения ЭКМП спорного случая по причине невыполнение необходимой медицинской помощи, приведшее к летальному исходу (оплата по результатам ЭКМП);

- следовательно, целевая ЭКМП проведена по основанию, предусмотренному п. 25 Порядка;

- однако ТФОМС вменил больнице дефект «3.6. Нарушение по вине медорганизации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в МО более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица», что и отражено в спорном акте экспертизы;

- но ведь для отказа в оплате медпомощи нужно устанавливать не только факт нарушений (дефектов) такой помощи и наступление таких последствий, как увеличение сроков лечения и ухудшение здоровья пациента, но и наличие причинно-следственной связи между действиями врачей лечебного учреждения и наступлением этих последствий;

- а из материалов дела (в том числе заключения судэкспертизы качества медпомощи, пояснения экспертов) усматривается, что хотя больница и допустила ряд нарушений по качеству оказания медпомощи, однако из-за тяжести заболевания (массивный и стремительный характер повреждения тканей поджелудочной железы, быстрое развитие осложнений и т.д.) смертельный исход пациента был непредотвратим;

- а значит, между действиями врачей и наступлением смерти пациента отсутствует причинно-следственная связь, что исключает возможность отказа в оплате лечебному учреждению средств, затраченных на оказание медицинской помощи.

Верховный Суд РФ отказал ТФОМСу (по месту лечения) в рассмотрении дела, отметив, что причинно-следственная связь между действиями медиков и наступлением смерти пациента не доказана, а значит, акт ЭКМП правильно признан незаконным и подлежащим отмене.

## Представлен протокол лечения истмико-цервикальной недостаточности

**Письмо Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 2018 г. N 15-4/10/2-7991**

Минздрав разослал в регионы клинические рекомендации (протокол лечения) «Истмико-цервикальная недостаточность».

КР описывает способы диагностики, профилактики и лечения недуга. Приведены образцы добровольного информированного согласия пациентки, протокола операции «Цервикальный серкляж по Макдональду», «Цервикальный серкляж по Широкарку» и операции «Цервикальный серкляж по А.И. Любимовой в модификации Н.М. Мамедалиевой».

## Предельные цены на каждый препарат перечня ЖНВЛП принудительно перепроверят Проект Постановления Правительства РФ «Об утверждении Правил обязательной перерегистрации в 2019 - 2020 годах зарегистрированных предельных отпускных цен...»

В ближайшие два года будут перерегистрированы (и потому, возможно, пересмотрены) предельные цены на препараты ЖНВЛП, зарегистрированные по различным методикам до вступления в силу поправок об обязательном снижении цены на препарат в определенных случаях.

Хотя сами поправки еще не обрели статус федерального закона, Минздрав уже представил проект правил этой обязательной перерегистрации.

## «Антитеррористическое видеонаблюдение» стало обязательным для всех медорганизаций Постановление Правительства РФ от 29 марта 2019 г. N 357

Вступили в силу обновленные требования к антитеррористической защищенности медорганизаций (независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности).

Установлено, что требования распространяются не только на отдельно расположенные здания, но и части зданий и сооружений с отдельным входом (например, на встроенно-пристроенные к жилым домам клиники).

Появилась новая - четвертая - категория объектов: те, в которых в результате теракта могут пострадать менее 50 человек, а максимальный ущерб по балансовой стоимости составит менее 30 млн руб. В третью категорию теперь попадают объекты с числом потенциальных жертв от 50 до 500 чел, а ущербом от теракта - от 30 до 50 млн руб.

Обновлен перечень необходимых «антитеррористических» мероприятий, в числе прочего - требование об оборудовании медорганизации системой видеонаблюдения, позволяющей обеспечивать непрерывное видеонаблюдение потенциально опасных участков и критических элементов объекта (территории), архивирование и хранение данных не менее 1 месяца.

Для объектов третьей категории введен отдельный, дополнительный, перечень мероприятий антитеррора.

## Как выдавать пациенту выписки из меддокументов и их копии? (проект) Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»

Минздрав представил проект документа о порядке и сроках предоставления меддокументации по запросу пациента или его законного представителя. Согласно проекту документы должны предоставляться:

- бесплатно,
- по письменному запросу на бумаге (с предъявлением паспорта) или в электронной форме, в этом случае - с УКЭП или простой ЭП, но с обязательной идентификацией через портал госуслуг,
- в месячный срок (со дня регистрации запроса),
- в 1-м экземпляре,
- с приложением аналоговых или цифровых изображений (рентгенограммы, флюорограммы, фото-, киноизображения, микрофиши), если об этом указано в запросе,
- заверенные личной подписью врача и печатью медорганизации, в оттиске которой должно идентифицироваться ее полное наименование

вание (за исключением медорганизаций нарко-, психиатрического или ВИЧ-профиля),

- с фиксацией факта выдачи копий документов или выписок в медицинской карте пациента.

## Для судмедэкспертизы документов требуется «полноценная» медлицензия Решение Верховного Суда РФ от 27 февраля 2019 г. N АКПИ18-1242

Экспертное бюро, занятое медэкспертизой исключительно материалов уголовных и гражданских дел, не сумело отменить требование о наличии обычной медицинской лицензии на работы (услуги) по судебно-медицинской экспертизе даже для такой «бумажной» экспертизы.

Административный иск об оспаривании Положения о лицензировании меддеятельности и Требований к организации и выполнению работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз - в части включения услуг по судмедэкспертизе в перечень услуг, составляющих меддеятельность, - был мотивирован тем, что спорные нормы являются неопределенными, неясными и двусмысленными, почему и противоречат Закону о лицензировании отдельных видов деятельности, а также определению медицинской деятельности, данному в Законе об основах охраны здоровья граждан.

А главное, это нарушает права административного истца на участие в судопроизводстве в качестве судебно-экспертного учреждения: на практике он занят экспертизой материалов дел (документов), к трупам же, пациентам, биологическим объектам и вещественным доказательствам доступа не имеет.

В связи с этим необходимость и возможность использования методов лицензирования в отношении судебно-медицинской экспертизы по материалам гражданских и уголовных дел отсутствует. Действия специального медицинского характера при организации данного вида экспертизы не совершаются и, по существу, данная востребованная судами услуга медицинской деятельностью не является.

Однако суд отменил эти доводы:

- закон о лицензировании требует лицензировать всю медицинскую деятельность (кроме инноваций в Сколково);
- медицинская деятельность определена законом как профессиональная деятельность по проведению, в том числе, медицинских экспертиз;
- под экспертизой же закон понимает проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина;
- стало быть, включение в оспариваемый Перечень услуг по судебно-медицинской экспертизе соответствует действующему законодательству;
- доводы истца о том, что для производства «бумажных» судмедэкспертиз не установлены свои порядок организации экспертного исследования и лицензионные требования, являются несостоятельными и не могут служить основанием для удовлетворения заявленных требований;
- а то обстоятельство, что деятельность по организации и проведению судебно-медицинских экспертиз является процессуальным действием, регулируемым процессуальными кодексами, само по себе не исключает эту деятельность из числа медицинских экспертиз, подлежащих лицензированию. Поскольку - применительно к судебно-медицинской экспертизе - в ходе судебного процесса имеет место разрешение вопросов, требующих специальных знаний в области медицины, которая, в свою очередь, подлежит лицензированию.

## ФМБА приняло программу профилактики нарушений санитарного и «донорского» законодательства

### Приказ Федерального медико-биологического агентства от 15 февраля 2019 г. N 31

Представлена Программа профилактики нарушений обязательных санитарных требований и законодательства о донорстве крови и ее компонентов для поднадзорных ФМБА субъектов. В числе мероприятий программы:

- актуализация перечня НПА, исполнение которых контролируется ФМБА,
- размещение на сайте ФМБА чек-листов для самопроверки субъектами надзора,
- разработка и размещение руководств по соблюдению требований законодательства для поднадзорных субъектов, а также рекомендаций о проведении необходимых организационных, технических или иных мероприятий, направленных на внедрение и обеспечение соблюдения обязательных требований,
- проведение конференций, семинаров, разъяснительной и консультационной работы,
- выдача предостережений о недопустимости нарушения обязательных требований.

## Утратили силу расчетные нормативы потребности в НС и ПВ от 1997 года

### Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 марта 2019 г. N 129

Минздрав официально прекратил действие Расчетным нормативам потребности наркотических средств и психотропных веществ для амбулаторных и стационарных больных (утв. в ноябре 1997 г.). Этот документ действовал два десятилетия.

Напомним, что с января 2017 года нормативы для расчета потребности в психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения, определяются медорганизациями в соответствии с требованиями приказа Минздрава РФ от 01.12.2016 N 917н.

## Аптеки, наказанные за нарушение лицензионных требований за пределами трехмесячного срока давности: срочно в суд!

### Определение Верховного Суда РФ от 21 марта 2019 г. N 309-ЭС19-1673

Аптека, привлеченная по ст. 14.1 КоАП РФ в пределах не трехмесячного, а годового срока привлечения к административной ответственности до 15.01.2019, должна добиваться не кассационного пересмотра решения по своему делу, а пересмотра по новым обстоятельствам. На это указал Верховный Суд РФ, отказывая в передаче дела об административном правонарушении на рассмотрение СК ЭС ВС РФ.

Ранее аптеку оштрафовали по ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ (грубое нарушение лицензионных требований) за ряд нарушений, в том числе отсутствие документов о качестве поставленной партии препарата, нарушение процедуры приема препарата, отсутствие внутренней системы контроля качества, неправильное формирование цен на ЖНВЛП. К моменту рассмотрения дела трехмесячный срок давности привлечения к ответственности за нарушение в сфере лицензионного законодательства истек (днем нарушения суд счел дату поставки «проблемной» партии лекарственного препарата). Однако суд указал, что в данном случае речь идет о несоблюдении обязанностей, установленных законодательством об охране здоровья граждан, в связи с чем срок давности привлечения составляет один год. Это заявление вполне соответствовало сложившейся судебной практике.

Независимо от этого дела и после вынесения по нему основных судебных актов, Конституционный Суд РФ в постановлении N 3-П от 15.01.2019 сформулировал правовую позицию, согласно которой ответственность за совершение правонарушения, предусмотренного статьей 14.1 КоАП РФ, направлена на защиту отношений, регулируемых лицензионным законодательством. Следовательно, если лицу вменяется в вину нарушение лицензионного законодательства, то это в системе действующего правового регулирования исключает возможность распространения на него специального (особого) срока давности, предусмотренного ч. 1 ст. 4.5 КоАП РФ, в том числе за нарушение законодательства об охране здоровья граждан, и при применении ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ должен соблюдаться общий (трехмесячный) срок давности привлечения к ответственности.

Ссылаясь именно на это обстоятельство, аптека подала кассационную жалобу в ВС РФ. Однако суд отметил:

- выявленный и сформулированный в постановлении КС РФ N 3-П от 15.01.2019 конституционно-правовой смысл ч. 1 ст. 4.5 КоАП РФ, который ранее в процессе правоприменения ей не придавался, является основанием для пересмотра по новым обстоятельствам обжалуемых аптекой судебных актов, принятых судами с учетом сложившейся судебной практики на момент рассмотрения настоящего дела в суде до вынесения Конституционным Судом РФ указанного постановления;

- следовательно, аптека не лишена возможности восстановить свои нарушенные права путем обращения с соответствующим заявлением о пересмотре судебных актов по новым обстоятельствам;

- следовательно, ВС РФ рассматривать кассационную жалобу не будет - ведь жалоба рассматривается в судебном заседании Судебной коллегии ВС РФ, только если изложенные в ней доводы подтверждают наличие существенных нарушений норм права, повлиявших на исход дела, без устранения которых невозможны восстановление и защита нарушенных прав и законных интересов заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности.

Добавим, что заявление о пересмотре вступившего в законную силу судебного акта по новым обстоятельствам подается в арбитражный суд, принявший данный судебный акт, лицами, участвующими в деле, в срок, не превышающий трех месяцев со дня появления или открытия обстоятельств, являющихся основанием пересмотра судебного акта.

## «Сверхобъемный» круглосуточный стационар, оказанный застрахованным, должен быть оплачен клинике в полном размере из средств ОМС

### Определение Верховного Суда РФ от 20.03.2019 N 307-ЭС18-18880

Медицинская помощь по виду «круглосуточный стационар», оказанная застрахованным бесплатно сверх объема, установленного решением комиссии по разработке терпрограммы ОМС, должна быть оплачена страховой медицинской организацией. На это указала тройка судей Верховного Суда РФ, рассматривая спор между клиникой, СМО и ТФОМС.

Ранее СМО отказалась оплачивать счет за спорную медпомощь, ссылаясь на ответ ТФОМС о том, что комиссия по разработке региональной терпрограммы ОМС отказала клинике в корректировке объемов медпомощи и их финансового обеспечения в рамках территориальной программы ОМС.

В связи с этим обстоятельством арбитражные суды отказали клинике - раз комиссия прямо отказала в корректировке объемов, то оснований для оплаты «сверхобъемной» помощи за счет средств ОМС нет.

Верховный Суд РФ отменил эти судебные постановления и указал на следующее:

- система правоотношений и расчетов между клиникой, СМО и ТФОМС должна реализовывать право застрахованных лиц на бесплатное получение медицинской помощи;
- медорганизация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с терпрограммой ОМС,
- фактическое оказание медпомощи сверх установленного в договоре со СМО не освобождает СМО от исполнения обязательств по оплате оказанной медпомощи, предусмотренной базовой программой ОМС и перечнем терпрограммы;
- медорганизации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи;
- предъявляя иск к СМО и ТФОМС о взыскании задолженности, медицинская организация должна доказать факт оказания медуслуг в соответствии с программой ОМС, но сверх установленного объема, а ответчики - его опровергнуть;
- пока не доказано, что оказанные сверх объема услуги не входят в программу ОМС, либо что оказаны с нарушением требований к предоставлению медпомощи, спорные услуги должны признаваться подпадающими под страховое обеспечение по ОМС и оплачиваться СМО в полном объеме в соответствии с установленными тарифами ОМС.

### Водолазной медицине в РФ быть!

#### Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «водолазная медицина»

Минздрав РФ подготовил проект порядка оказания медпомощи по профилю «водолазная медицина» - при заболеваниях, связанных с воздействием повышенного давления окружающей газовой и водной среды, - баротравмах, кессонной болезни, отравлении кислородом/углекислым газом в условиях повышенного давления.

### Уточняются требования к составу документов регистрационного досье на лекарство

#### Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 февраля 2019 г. N 97н

Вступают в силу поправки к правилам формирования регистрационного досье на регистрируемый в РФ лекарственный препарат:

- сведения о месте регистрации фармпроизводителя должны быть более подробными,
- уточняется, что копия лицензии/заключения о соответствии фармпроизводителя требованиям правил надлежащей производственной практики требуется именно в отношении производственной площадки регистрируемого препарата (для зарубежных площадок допустимо также представить копию решения о проведении инспектирования площадки).

### Неврологические отделения для больных с ОНМК теперь именуется первичными сосудистыми отделениями

#### Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 февраля 2019 г. N 88н

Существующие неврологические отделения для больных с ОНМК становятся «первичными сосудистыми отделениями». Стандарт их оснащения расширился за счет обязательного теперь оборудования для восстановления мышечной силы для мелких мышц (механизированное устройство для восстановления активных движений в пальцах) и для восстановления двигательной активности, координации движений конечностей, бытовой деятельности и самообслуживания с оценкой функциональных возможностей при помощи

интерактивных программ (по 2 шт на 30 коек), а также широкого ассортимента медизделий, в том числе:

- комплексов для транскраниальной магнитной стимуляции и для проведения кинезотерапии с разгрузки веса тела,
  - стабиллоплатформы с биологической обратной связью,
  - систем для разгрузки веса тела пациента,
  - аппаратов для роботизированной механотерапии и переносной для вакуум-прессотерапии,
  - тренажеров с биологической обратной связью для восстановления равновесия, для тренировки ходьбы, для увеличения силы и объема движений в суставах, для пассивной, активно-пассивной механотерапии,
  - логопедического оборудования,
  - ходунков.
- Штатные нормативы и правила организации деятельности первичных сосудистых отделений остались прежними.

### Как внедрить «Бережливую поликлинику»: изучаем методические рекомендации Минздрава

#### Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утв. Минздравом России)

Минздрав представил подробные, доступно написанные и прекрасно проиллюстрированные методические рекомендации об основах модели «бережливой поликлиники» и путях ее осуществления.

В рекомендациях описаны:

- критерии модели (связанные с управлением потоками, качеством пространства, управлением запасами, стандартизацией процессов, доступностью и качеством медпомощи, вовлеченностью персонала),
- требования к регистратуре (по указанным критериям),
- требования к кабинету приема (по указанным критериям),
- требования к кабинету/отделению медпрофилактики (по указанным критериям),
- требования к процедурному кабинету (по указанным критериям),
- требования к зоне комфортного ожидания,
- требования к системам информирования,
- расчет финансовых потерь по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП с перечнем оснований для отказа в оплате медпомощи с привязкой к конкретным процессам «бережливой поликлиники»,
- а также - образец положения о подаче и реализации предложений по улучшениям (как инструмент вовлеченности персонала).

### «Полупустой» пакет внутренних документов не смог переложить на аптекаря вину за отпуск прегабалина без рецепта + лайфхак

#### Определение Верховного Суда РФ от 20.03.2019 г N 308-ЭС19-1463

Аптека не смогла «отбиться» от штрафа за нарушение Правил отпуска лекарств, выразившееся в продаже одной капсулы «Лирики» без рецепта врача, с нарушением первичной и вторичной упаковки без предоставления инструкции по применению препарата. Протокол о нарушении был составлен Росздравнадзором не в отношении провизора, отпустившего препарат: вина в правонарушении, предусмотренном ч. 1 ст. 14.4.2 КоАП РФ, была возложена на его работодателя, то есть аптеку.

Понятно, что в подобном случае нарушителям-организациям выгодно переложить вину на работника: экономия в 10 раз!

В данном случае аптека утверждала, что в нарушении виноват исключительно работник, а организация приняла все зависящие от нее меры к соблюдению законодательства. А именно:

- требование о соблюдении Правил отпуска лекарств включены в трудовой договор с провизором, а также его должностную инструкцию;

- аптекой издан отдельный приказ «Об усилении мер контроля за соблюдением действующего законодательства» (правда, уже после происшествия);

- работодатель наложил на провизора-нарушителя дисциплинарное взыскание в связи со спорной безрецептурной продажей;

- наконец, - и тоже после составления протокола - аптека начала разрабатывать свои Журнал инструктажа по технике отпуска/реализации лекарственных средств и Правила отпуска лекарственных средств.

Однако, упомянутый набор документов не впечатлил судей, ибо не говорил о принятии аптекой необходимых и достаточных мер для соблюдения требований законодательства.

Верховный Суд РФ нарушений в этом не смотрел и отказал в передаче дела на пересмотр в СК ЭС ВС РФ.

Отметим, что проблема разграничения вины организации и ее работника в случае нарушения правил продажи детально проработана в «соседней» отрасли - по делам о продаже алкоголя несовершеннолетним или в «трезвые часы». Магазин, продавец которого был пойман за такой продажей, может избежать ответственности, если докажет, что сам принял все возможные меры против незаконных продаж. В «золотой пакет» доказательств входят:

- трудовой договор,
- должностная инструкция,
- внутренние правила (причем в каждом из вышеназванных документов дублируется запись о соответствующем запрете),
- приказ об ознакомлении с применимой статьей КоАП РФ,
- распоряжение об усилении бдительности при продаже алкоголя,
- журнал ежедневного инструктажа сотрудников по недопущению незаконных продаж алкоголя,
- расписки работников о том, что они осведомлены о недопустимости таких продаж,
- объявления о недопустимости таких продаж, размещенные на видных местах в магазине,
- а главное, программное обеспечение ККТ, уведомляющее продавца о необходимости проверить документы покупателя (см., например, постановления Верховного Суда РФ от 03.04.2017 N 32-АД17-5, от 25.02.2016 N 58-АД16-2, Семнадцатого ААС от 28.11.2018 N 17АП-13882/18).

### **Укладка для «неотложки»: проект Проекта Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении требований к комплектации лекарственных препаратами...»**

Представлен проект требований к комплектации укладки для оказания взрослым неотложной медпомощи (первичной медико-санитарной). Укладка комплектуется лекарствами и медизделиями.

### **СМЭ по делам о нарушении КоАП РФ сверх объема госзадания и без госконтракта оплачивается МВД Определение Верховного Суда РФ от 12.03.2019 N 306-ЭС19-650**

Расходы на производство судебно-медицинских экспертиз по направлениям ГИБДД в делах об административных правонарушениях сверх объема государственного («служебного») задания и при невозможности экспертного учреждения отказаться от её проведения должны возмещаться региональным ГУ МВД за счет средств федерального бюджета, выделяемых на проведение экспертиз по делам об административных правонарушениях.

На это указал суд, рассматривая иск областного бюро СМЭ к областному управлению МВД: сотрудники ГИБДД разных структурных

подразделений области назначали в Бюро экспертизы по степени тяжести вреда, причиненного потерпевшим в связи с нарушением ПДД. Соответствующие экспертизы были проведены, экспертные заключения составлены и вручены сотрудникам ГИБДД, но не оплачены, а вопросы о расходах на проведение экспертиз при принятии процессуальных решений в рамках административных дел не решались.

Суды взыскали спорные суммы (по их размеру возражений у ответчика не было) с областного МВД, потому что:

- в состав издержек по делу об АП входят, в том числе, суммы, выплачиваемые экспертам;
  - издержки по делу об административном правонарушении, совершенном физическим лицом и предусмотренном КоАП РФ, относятся на счет федерального бюджета;
  - административные правонарушения, по которым проводились СМЭ, предусмотрены КоАП РФ, а не законом субъекта Российской Федерации;
  - финобеспечение деятельности Бюро СМЭ осуществляется за счет средств областного бюджета;
  - федеральным госорганом, наделенным полномочиями на руководство и управление в сфере установленных функций по финансовому обеспечению обязательств, связанных с выплатой издержек по делам об АП, является ГУ МВД России по области;
  - следовательно, МВД и обязано оплатить спорные издержки за счет средств, выделяемых на проведение экспертиз по делам об административных правонарушениях;
  - доводы МВД об отсутствии финансирования из федерального бюджета проведения экспертиз по делам об АП опровергаются отчетами о состоянии лицевого счета областного УМВД по подстатье 226 прочие работы, услуги, на которую относятся расходы на выполнение работ, оказание услуг, не отнесенных к подстатьям 221-225;
  - отсутствие договорных отношений между МВД и Бюро СМЭ не имеет значения, поскольку определение МВД о назначении экспертизы обязательно для исполнения экспертами или экспертными учреждениями, которым поручено проведение экспертизы.
- Верховный Суд РФ согласился с этими доводами и в пересмотре дела отказал.

Любопытно, что в этот же день ВС разбирался с похожей проблемой: за чей счет должны быть оплачены расходные материалы для проведения медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного, наркотического опьянения, направленных для указанных целей ГИБДД? Суды пришли к выводу, что финансировать эти расходы должен региональный бюджет: полномочия по организации медосвидетельствований лиц по направлениям должностных лиц ГИБДД МВД РФ отнесены к ведению органов госвласти субъекта РФ (определение ВС РФ от 12.03.2019 N 309-ЭС19-546).

### **Новый порядок «детской реабилитации»: проект Минздрава Проекта Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детскому населению»**

Минздрав представил проект отдельного, «детского», Порядка медреабилитации (сейчас пациенты всех возрастов «реабилитируются» по одному документу).

Предполагается, что реабилитационный диагноз ребенку будет установлен по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (ICIDH). Кроме диагноза, будут устанавливаться - оценка реабилитационного потенциала, оценка факторов риска конкретного реабилитационного мероприятия, цель реабилитации, индивидуальный план медреабилитации.

Медреабилитация в организациях, оказывающих специализированную медпомощь, в том числе ВМП, будет осуществляться мультидисциплинарной реабилитационной командой, то есть группой

специалистов с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации. Команда формируется персонализировано в зависимости от нозологии, тяжести и особенно-стой течения заболевания ребенка.

Медорганизации, оказывающие помощь по детской реабилитации, будут «помещены» в одну из четырех групп:

первая группа - организации, оказывающие специализированную медпомощь, осуществляющие медреабилитацию в условиях стационара, в том числе дневного; региональные санкурорганizations с реабилитационным отделением (стационар);

вторая группа - медицинские федеральные санкурорганizations с реабилитационным отделением (стационар);

третья группа - медорганизации, оказывающие специализированную медпомощь, в том числе ВМП, в условиях стационара;

четвертая группа - федеральные реабилитационные центры для детей, национальные медицинские исследовательские центры Минздрава, оказывающие специализированную медпомощь, в том числе ВМП, в условиях стационара.

В какую группу направить маленького пациента - будет определять лечащий врач по профилю основного заболевания ребенка медицинской организации, в которой оказывается первичная медико-санитарная помощь (или специализированная). Определять это следует в соответствии с КР (протоколами лечения) по профилю основного заболевания ребенка с учетом его клинического состояния, реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза, а также транспортной доступности.

Согласно проекту, медреабилитация не проводится детям, у которых нет реабилитационного потенциала, если эти дети болеют уже более одного года. Указанное положение вызвало жесткую критику правозащитников по причине противоречия Закону об основах охраны здоровья граждан: ст. 40 этого Закона устанавливает, что медреабилитация направлена, в том числе, на улучшение качества жизни пациента и его социальную интеграцию в общество. А значит, она может и должна проводиться, в том числе, и пациентам без реабилитационного потенциала.

Однако из оправдания ведомства следует, что подобная норма уже применяется с 2012 года (закреплена в действующем Порядке «общей» медреабилитации), и ее применение сводится к тому, что реабилитация «безнадежным пациента» все же осуществляется - но в организациях, осуществляющих уход за пациентами, и заключается в поддержании достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

Дополнительно в проекте порядка приводятся правила организации неврологического реабилитационного отделения для детей, ортопедического реабилитационного отделения для детей, соматического реабилитационного отделения для детей, офтальмологического реабилитационного или сурдологического реабилитационного отделения, онкологического реабилитационного отделения для детей, реабилитационного отделения для детей, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе медицинской реабилитации, центра медицинской реабилитации для детей, а также рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения.

Напомним, что проект Порядка медицинской реабилитации взрослых пациентов был подготовлен Минздравом ранее.

Если инвалид отказался от набора соцслужб в виде обеспечения по рецептам необходимыми лекарствами/медизделиями, он, тем не менее, не лишается права на бесплатное обеспечение средствами технической реабилитации, рекомендованными ему ИПРА, от которой инвалид не отказывался. Потому что отношения по обеспечению инвалидов техсредствами реабилитации регулируются Законом о соцзащите инвалидов, Федеральным перечнем техсредств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, и Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами, а не Законом о государственной социальной помощи.

На это указал Верховный суд РФ, рассматривая жалобу инвалида, лишённого рекомендованных ему техсредств реабилитации.

Поликлиника и депздрав отказались предоставить ему предусмотренные ИПРА техсредства (они имеют статус и медизделий), так как инвалид оформил отказ от мер господдержки в виде обеспечения необходимыми лекарствами и медизделиями и получает их денежный эквивалент. А чтобы бесплатно получить эти техсредства, - объясняли чиновники инвалиду, - нужно обратиться в ПФР и заявить о возобновлении предоставления набора социальных услуг.

Инвалид же указывал, что предоставление инвалидам набора социальных услуг регулируется Законом о государственной соцпомощи, а предоставление технических средств реабилитации - Законом о соцзащите инвалидов, то есть разными законами. При этом он не отказывался от обеспечения его техническими средствами реабилитации, назначенными ему его ИПРА на основании именно закона о соцзащите инвалидов, который гарантирует инвалидам получение техсредств реабилитации из Федерального перечня за счет средств федерального бюджета, а ИПРА, содержащая в том числе эти бесплатные техсредства реабилитации, является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти.

Тем не менее и районный, и региональный суды поддержали чиновников, и инвалиду отказали (он хотел признать отказ в предоставлении ему техсредств незаконным).

Верховный Суд РФ, отменяя эти решения, указал на следующее:

- государственную политику в области соцзащиты инвалидов определяет Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», который гарантирует инвалидам получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем техсредств реабилитации предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета, если такие средства поименованы в ИПРА инвалида;

- в спорном случае в ИПРА указаны требуемые техсредства, они же предусмотрены Федеральным перечнем техсредств, предоставляемых инвалидам. И к стати, истребуемые инвалидом техсредства не внесены в Перечень медизделий, которые отпускаются по рецептам врачей при предоставлении набора соцслужб;

- для самого инвалида его ИПРА является лишь рекомендацией, от которой он вправе отказаться. Однако для органов госвласти, - пока инвалид не выразил этого отказа, - ИПРА обязательна к исполнению. В данном случае инвалид-истец от своей ИПРА не отказывался;

- закон же о государственной социальной помощи, устанавливающий правовые и организационные основы предоставления соцпомощи отдельным категориям граждан, не регулирует отношения, связанные с обеспечением инвалидов техническими средствами реабилитации в соответствии с ИПРА;

- исходя из этого, отказ инвалида от получения государственной социальной помощи в виде набора соцслужб не влияет на реализацию им права на обеспечение техническими средствами реабилитации на основании закона о социальной защите инвалидов и не лишает его этого права.

Правильное определение вида судопроизводства, в котором подлежат защите права и свободы гражданина или организации, зависит от характера правоотношений, из которых вытекает требование лица, обратившегося за судебной защитой, а не от избранной им формы обращения в суд (подача заявления в порядке административного судопроизводства или искового заявления).

**Техсредства реабилитации, предусмотренные ИПРА, должны предоставлять инвалиду бесплатно, даже если он отказался от набора соцслужб и получает ЕДВ**  
**Определение Верховного Суда РФ от 18.02.2019 N5-KG18-290**