



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ДЕКАБРЬ 2024 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Декабрь 2024 года. Выпуск №12 (52)

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. Плановая специализированная медпомощь пациентам из других регионов должна оказываться только после их прикрепления к поликлинике данного региона и по направлению ее лечащего врача	2
2. Направлять - для соблюдения предельных сроков ожидания медпомощи - в другие медорганизации своих пациентов и оплачивать это средствами ОМС недопустимо	4
3. Компенсация морального вреда супругу умершего пациента: суд должен оценивать процессуальное поведение и доказательства близости и эмоциональной привязанности	5
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	8
1. Компенсация морального вреда в 100 000 рублей за дефекты оформления документации: много или нет?	8
2. Можно ли заставить медорганизацию оказать потребителю медицинскую услугу, если к ней есть лишь эстетические (но не медицинские) показания?	10
3. Вопрос о дате применения будущих клинических рекомендаций законодательством не урегулирован?	12

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

При поддержке компании ООО «Новартис Фарма»

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

1. Плановая специализированная медпомощь пациентам из других регионов должна оказываться только после их прикрепления к поликлинике данного региона и по направлению ее лечащего врача

Определение Верховного Суда РФ от 18 ноября 2024 г. N 307-ЭС24-15468

Верховный Суд РФ поддержал отказ ТФОМС в оплате плановой специализированной медпомощи, которая была оказана федеральным медцентром пациентам из других регионов, при этом направление на медпомощь оформляли врачи данного медцентра.

Претензии ТФОМС сводились к тому, что "полноценное" направление в сфере ОМС может выдать исключительно лечащий врач той медорганизации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи (а для этого он должен "открепиться" от "своей" медорганизации в своем регионе проживания), чего в данном случае не было сделано.

При этом суды первой и второй инстанций придерживались иной позиции - они указали, что Закон об основах охраны здоровья граждан и Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи N 543н устанавливают право граждан самостоятельно обращаться в любую медорганизацию за оказанием первичной специализированной медико-санитарной помощи, поэтому пациенты были вправе пойти и к истцу без специальных дополнительных условий, а следовательно, спорная медпомощь должна быть оплачена медцентру.

Однако суд округа отменил состоявшиеся акты, поскольку нижестоящие суды неправильно истолковали законодательство:

- действительно, по общему правилу, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется, в том числе, в случае самостоятельного обращения гражданина в медорганизацию, причем гражданин имеет право на выбор этой медорганизации (ч. 1 и ч. 3 ст. 21 Закона об основах охраны здоровья граждан);

- однако ч. 6 ст. 21 Закона об основах охраны здоровья граждан установлено специальное правило, согласно которому при оказании гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках ППГ этот гражданин выбирает медорганизацию за пределами того региона, где он живет, в специальном порядке, установленном Минздравом РФ. Такой порядок установлен приказом от 21.12.2012 N 1342н;

- согласно пп. 3-9 Порядка N 1342н, процедура выбора медорганизации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, пациентом из другого региона предполагает, что выбранная им медорганизация уведомляет об этом ту медорганизацию, в которой

обслуживался пациент на момент выбора, и та вторая организация снимает пациента с обслуживания и высылает первой организации медицинскую документацию пациента;

- при этом в силу прямого указания п. 12 Порядка N 1342н выбор медорганизации при **оказании специализированной медпомощи в плановой форме** осуществляется по направлению на оказание специализированной медпомощи, выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации, принявшей заявление о выборе и прикрепившей этого пациента;

- в соответствии с положениями Закона об основах охраны здоровья граждан и на основании Порядка N 1342н для получения специализированной медпомощи в плановой форме за пределами субъекта РФ, в котором гражданин проживает и застрахован, он должен быть прикреплен к выдавшей ему направление на лечение медицинской организации, находящейся в том субъекте РФ, где предполагается получение указанной медицинской помощи, либо получить направление на оказание специализированной медпомощи в плановой форме **в условиях стационара** от лечащего врача из медорганизации, к которой он прикреплен, в субъекте, в котором он проживает и застрахован;

- кроме того, исходя из пунктов 3, 7 Порядка направления застрахованных лиц в федеральные медорганизации для оказания медпомощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС N 1363н, направление лечащего врача для получения специализированной медпомощи в плановой форме может быть выдано только при наличии особых медицинских показаний;

- из материалов дела видно и истцом не опровергнуто, что по спорным пяти случаям пациентам была оказана плановая первичная специализированная медико-санитарная помощь. Во всех спорных случаях Порядок N 1342н не соблюден; федеральный медцентр направлял к себе на дневной стационар по своим же направлениям пациентов, находящихся за пределами территории субъекта РФ, в котором они проживали и были застрахованы в системе ОМС, при этом пациенты, обратившиеся в рассмотренный период в медцентр, не выбирали его в качестве медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, путем подачи соответствующего заявления в соответствии с Приказом N 1342н;

- вопреки выводам судов двух инстанций, оплата за счет средств ОМС плановой специализированной медпомощи при самостоятельном обращении лиц в медучреждение невозможна. Такая оплата возможна в случае самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию исключительно при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

- в рассматриваемых пяти случаях был нарушен порядок госпитализации застрахованных лиц в плановой форме, поскольку пациенты были госпитализированы в плановом порядке для оказания специализированной медицинской помощи без направления лечащего врача медицинской организации, принявшей заявление застрахованного лица, а, соответственно, в полученных ТФОМС счетах по спорным пяти случаям госпитализации указана медицинская организация, не обладавшая правом направлять застрахованных лиц на оказание плановой специализированной медицинской помощи.

Верховный Суд РФ отказал федеральному медцентру в пересмотре дела.

Отметим, что поддержанная судом округа и ВС РФ правовая позиция отражена также свежем в Обзоре судпрактики по ОМС, утвержденном Президиумом Верховного Суда РФ 27 ноября этого года.

2. Направлять - для соблюдения предельных сроков ожидания медпомощи - в другие медорганизации своих пациентов и оплачивать это средствами ОМС недопустимо

Определение Верховного Суда РФ от 25 ноября 2024 г. N 304-ЭС24-21354

Городская больница не смогла оспорить результаты проверки ТФОМС, выявившей нецелевое расходование средств ОМС, выделенных больнице.

У проверяющих были 2 претензии:

- из средств ОМС больница выплатила зарплату своему работнику - специалисту по связям с общественностью,
- из средств ОМС больница оплатила услуги (МРТ-исследования амбулаторных пациентов больницы) сторонних медорганизаций.

В свое оправдание больница приводила следующие доводы:

- ставка специалиста по связям с общественностью "создана" из половины ставки слесаря-сантехника и половины ставки уборщика служебных помещений, следовательно, данная должность введена не дополнительно сверх действующих штатных нормативов, общее количество штатных единиц осталось неизменным;
- что касается заключения гражданско-правовых договоров на проведение МРТ-исследований с иными медорганизациями (государственных контрактов), то таковые заключались в целях обеспечения требований, предусмотренных ст. 10 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", региональной ТП госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи, в частности соблюдения предельных сроков ожидания в проведении МРТ, вследствие чего у больницы не было объективной возможности воздержаться от заключения данных гражданско-правовых договоров.

Однако данные доводы были отвергнуты судами всех инстанций:

- доводы о том, что введение ставки специалиста по связям с общественностью не увеличило общего количества штатных единиц, не имеют никакого значения: самостоятельная разработка медучреждением своей штатной структуры и штатного расписания не свидетельствует о том, что любые расходы на заработную плату сотрудников больницы могут быть оплачены за счет средств ОМС. Важно то, что затраты на зарплату данным специалистам не относятся к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, а тарифные соглашения на соответствующие годы не предусматривали расходы на оплату труда специалиста по связям с общественностью. Так, пункт 24.1 Тарифных соглашений прямо предусматривал, что тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медорганизаций, связанные с оказанием медицинской помощи по ТП ОМС. Расходы

медорганизаций, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов, деятельность которых не включена в территориальную программу ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников;

- что касается заключения договоров с третьими лицами, то согласно ч. 2 п. 21 Приказа N 543н первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию. Таким образом, в случае невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по месту прикрепления, пациент направляется в медицинскую организацию, работающую в системе ОМС, либо застрахованное лицо вправе самостоятельно обратиться за первичной специализированной медико-санитарной помощью в рамках ОМС в любую медицинскую организацию, работающую в системе ОМС, без какого-либо направления. Основанием для оказания медицинской помощи сторонней медицинской организацией, работающей в системе обязательного медицинского страхования, в которую застрахованное лицо самостоятельно обратилось за получением первичной специализированной медико-санитарной помощи в рамках ОМС, либо в которую пациент был направлен медицинской организацией по месту его прикрепления в силу невозможности оказать медицинскую услугу ввиду отсутствия специалистов или медицинского оборудования, является не направление, а наступление страхового случая, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС (ст. 3 Закона N 326-ФЗ). В таком случае оплата медпомощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется медицинской организации, оказавшей медицинскую услугу на основании заключенного ею договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС. При этом тарифным соглашением было установлено, что оплата за медицинскую помощь осуществляется через страховую медицинскую организацию (территориальный фонд), а не в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия СМО. Соответственно, заключение больницей спорных гражданско-правовых договоров не является правомерным, а оплата услуг по данным договорам за счет средств ОМС образует нецелевое использование бюджетных средств в соответствии со ст. 306.4 БК РФ.

Верховный Суд РФ отказал больнице в пересмотре дела.

3. Компенсация морального вреда супругу умершего пациента: суд должен оценивать процессуальное поведение и доказательства близости и эмоциональной привязанности

Определение СК по гражданским делам Седьмого КСОЮ от 24 сентября 2024 г. по делу N 8Г-15928/2024

Кассационный суд отправил на пересмотр дело по иску вдовы пациента, умершего из-за некачественно оказанной ему медицинской помощи (фактически, отказа в ней), к городской больнице. Нижестоящий суд согласился с тем, что фельдшер "неотложки" допустил нарушения в процессе оказания медпомощи: по телефону сам, без осмотра пациента, рекомендовал тому лекарственные препараты, даже не пригласив к телефону старшего врача смены, при этом

фельдшер сильно недооценил тяжесть состояния пациента, который к моменту звонка в "скорую" уже две недели находился в запое, то есть мог иметь минимальные последствия запоя, - абстинентный синдром алкогольного генеза, витальные поражения ЦНС, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, и не направил к нему бригаду и не оформил вызов (события имели место днем 2 января, на следующий день мужчина умер). Сумму компенсации морального ущерба вдове суды оценили в 600 000 рублей.

При этом в кассационной жалобе больница оспаривала как сумму компенсации (потому что вдова проживает отдельно от умершего супруга, и именно разрыв их отношений способствовал "пьянкам" пациента, тем самым косвенно способствуя его смерти), так и вообще факт оказания некачественной помощи: по мнению больницы, поскольку в "скорую" звонил не сам пациент, а его собутыльник, и просил не о помощи, а о консультации, то, собственно, нельзя утверждать о том, что факт обращения за медпомощью имел место. А раз пациент за медпомощью не обращался, то и не было факта оказания ему медицинской услуги, качественной или нет.

Последний довод Седьмой КСОЮ отменил:

- дефекты диагностики и оказания медицинской помощи пациенту установлены актом проверки, проведенной региональным депздравом, указанные дефекты состоят в причинно-следственной связи с наступлением его смерти,

- в ходе проверки установлено, что фельдшером СМП без осмотра пациента, без оценки тяжести его состояния и без выяснения причин данного состояния даны рекомендации относительно приема медицинских препаратов, что является недопустимым; фельдшером по приему вызовов и передаче их выездной бригаде СМП и фельдшером не был приглашен к телефону старший врач смены, что согласно Порядку приема вызовов от населения является обязательным, так как на основании регионального акта об организации работы службы СМП в рубрике "Поводы для переключения на старшего врача консультанта оперативного отдела" пункт 6 "Злоупотребление алкоголем, абстинентный синдром, запой" является причиной обязательной консультации старшим врачом; там же рубрика "Поводы, подлежащие отказу по 03 (старшим врачом оперативного отдела после консультации)" пункт 5 "Злоупотребление алкоголем, абстинентный синдром, запой" является поводом для отказа в оказании медпомощи старшим врачом после консультации. Таким образом, консультация старшего врача при жалобах о злоупотреблении алкоголем необходима, но указанные жалобы не являются поводом для оказания скорой медицинской помощи);

- при этом согласно акту указанной проверки, при анализе фонограмм (записей телефонных звонков) в диспетчерскую службу горбольницы установлено, что 2 января мужчина, не назвавший себя, обратился в службу СМП, обозначил свое участие в состоянии здоровья своего друга, тревожно описал его состояние, самостоятельно возил в наркологическую службу. При анализе вопросов звонившего в ОСМП **явно прослеживалось, что состояние пациента средне-тяжелой степени, нуждается в медицинской помощи.** Пункт 2 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медпомощи указывает, что такая помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Ни фельдшер по приему вызовов и передаче их выездной бригаде СМП, ни фельдшер СМП не обратили внимания на просьбу звонившего о помощи;

- таким образом, следует отклонить доводы ответчика о том, что звонивший 2 января мужчина не просил оказать медпомощь, а только хотел проконсультироваться, поскольку ненадлежащая организация оказания медпомощи именно умершему установлена по результатам служебного расследования и по результатам проверки, проведенной региональным депздравом.

Зато по вопросу определения размера компенсации морального вреда Седьмой КСОЮ высказался следующим образом:

- определяя размер компенсации морального вреда, суд апелляционной инстанции принял во внимание **письменные объяснения** вдовы, представленные в суд прокурором, из которых следует, что в браке с умершим они состояли с 2019 года, имеют двух несовершеннолетних детей, семейные отношения были идеальными, они любили друг друга, конфликтов и ссор не возникало. Смертью супруга ей причинен моральный вред в связи с утратой близкого и родного человека, с которым они знакомы около 15 лет и имели общее хозяйство, семью, детей, доход. Она испытала моральный и нравственный вред, причиненный гибелью близкого родственника, глубокие нравственные страдания ввиду невозможности вести прежний образ жизни, она лишилась поддержки и заботы близкого человека, до сих пор является вдовой, испытывает финансовые затруднения в связи с воспитанием двух детей. На фоне случившейся трагедии у нее начались головные боли, регулярно стало повышаться давление, в связи с чем она состоит на диспансерном учете по причине гипертонии;

- учитывая, что смерть супруга является необратимым обстоятельством, нарушающим психическое благополучие другого супруга, нарушает право на родственные и семейные связи, является тяжелейшим событием и невосполнимой потерей в жизни любого человека, причиняющей значительные нравственные страдания, суд апелляционной инстанции определил компенсацию морального вреда в размере 600 000 руб, учитывая при этом обстоятельства дела, степень вины ответчика, наличие дефектов оказания медицинской помощи (отказ в оказании медицинской помощи), высокую степень моральных страданий истца;

- однако при определении размера компенсации морального вреда судом должны учитываться требования разумности и справедливости (п. 30 постановления Пленума ВС РФ от 15.11.2022 N 33), при рассмотрении дел о компенсации морального вреда в связи со смертью потерпевшего иным лицам, в частности членам его семьи, иждивенцам, суду необходимо учитывать обстоятельства, свидетельствующие о причинении **именно этим лицам** физических или нравственных страданий. Указанные обстоятельства влияют также и на определение размера компенсации этого вреда. Наличие факта родственных отношений само по себе не является достаточным основанием для компенсации морального вреда. При определении размера компенсации следует исходить из степени нравственных или физических страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред, степени вины нарушителя и иных заслуживающих внимания обстоятельств каждого дела (п. 32 постановления Пленума ВС РФ от 26.01.2010 N 1),

- между тем, как следует из материалов дела, истец **непосредственно в судебных заседаниях** при рассмотрении дела судами обеих инстанций **участия не принимала, каких-либо пояснений не давала, не представляла доказательств** (письменных, показаний свидетелей) совместного проживания и ведения общего хозяйства, сложившихся семейных отношений, характеризующихся близкими отношениями, духовной и эмоциональной связью,

основанных на заботе друг о друге и оказании материальной и моральной поддержки. Из ее объяснений следует, что на протяжении 15 лет ей было известно о проблемах супруга с алкоголем, она переживала за него, однако **накануне новогодних праздников с детьми и подругой уехала в другой город**, чему суд не дал какой-либо оценки.

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

1. Компенсация морального вреда в 100 000 рублей за дефекты оформления документации: много или нет?

Постановление Девятого КСОЮ от 26 июля 2024 г. по делу N 16-1417/2024

Определение СКГД Третьего КСОЮ от 18 сентября 2024 г. по делу N 8Г-16870/2024

Третий КСОЮ пересмотрел дело о компенсации морального вреда за некачественное лечение в центральной районной больнице, повлекшее (по мнению истца) ухудшение состояния здоровья и "усиление" группы инвалидности.

Свои доводы истец подкрепил выводами проверки ЦРБ, которая проводилась в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской помощи региональным ОУЗ. Проверка обнаружила следующие факты:

- нарушены правила оформления первичной медицинской документации, от пациента не забрали подписанное ИДС,
- лекарственные препараты были назначены без учета инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний,
- препараты назначались не по МНН,
- не была проведена коррекция обследования и лечения по результатам дополнительных исследований,
- при оформлении выписного эпикриза допущены расхождения диагноза и полученного лечения.

Однако суд назначил по делу СМЭ, выводы которой оказались довольно мягкими:

- ЦРБ действительно совершила несколько ошибок в заполнении медицинской документации, однако эти дефекты носят формальный характер;
- врачи ЦРБ допустили ряд других недостатков, которые, впрочем, не повлияли на тактику ведения и лечения пациента, не сказались на объеме проведенного обследования и лечения, не влияли на течение артериальной гипертензии у пациента и не привели к ухудшению состояния

его здоровья в последующий период времени, а потому не несут квалифицирующих признаков причинения вреда здоровью человека и не подлежат квалификации по тяжести вреда, причиненного здоровью человека;

- объем проведенного лечения полностью соответствовал клиническим рекомендациям, на фоне проведенного лечения пациент отмечал улучшение состояния, выписан под диспансерное наблюдение терапевта;

- патологические изменения в ткани головного мозга пациента явились следствием многолетнего течения его заболеваний, имели место задолго до лечения в ЦРБ, не требовали проведения какого-либо дополнительного лечения (помимо симптоматического, которое проводилось пациенту в ЦРБ) как в спорный, так и последующий период времени. Вышеназванные изменения ткани головного мозга могут быть причиной неустойчивости (шаткости) при ходьбе, являющейся доминирующей жалобой у данного пациента;

- при этом у самого пациента "имеют место многочисленные факторы, обуславливающие высокий риск реализации" одних заболеваний на фоне течения других, при этом пациент не использует немедикаментозные методы лечения, - другими словами, не меняет собственный образ жизни.

Опираясь на выводы СМЭ об отсутствии причинения вреда здоровью в ходе проводимого ответчиком лечения, суд первой инстанции в иске отказал.

Однако суд апелляционной инстанции с этим не согласился - даже СМЭ (не говоря о региональном ОУЗ) признала факты ненадлежащего ведения медицинской документации. Следовательно, спорная медпомощь все-таки оказывалась истцу с недостатками. то есть была некачественной, следовательно, требования пациента законны. Поэтому суд удовлетворил иск частично (пациент требовал от ЦРБ сумму в 10 млн руб.), взыскав денежную компенсацию морального вреда в размере 100 000 руб.

Такая щедрая сумма компенсации удивила кассационный суд, который отменил акты и вернул дело на новое рассмотрение:

- судом апелляционной инстанции было установлено полное и достаточное оказание медицинской помощи истцу ответчиком, отсутствие недостатков оказания медпомощи на стадии стационарного лечения, соответствие оказанной медицинской помощи клиническим нормам, что свидетельствует о том, что медпомощь, как на стадии проведенной операции, так и последующего лечения, оказана истцу в полном объеме;

- установленные экспертами дефекты (дефекты ведения медицинской документации) не повлияли на оказание медицинской помощи истцу, каких-либо неблагоприятных последствий экспертами не установлено;

- нарушения в оформлении медицинской документации является нарушениями требований к качеству медицинской услуги и не освобождают ответчика от ответственности в виде компенсации морального вреда, **вместе с тем, при определении размера компенсации должны быть учтены конкретные обстоятельства дела и приведены мотивы для определения ее размера;**

- определяя ко взысканию с ЦРБ компенсацию морального вреда в размере 100 000 руб. за дефекты оформления медицинской документации, которые не повлияли на объем оказанной истцу помощи и правильное назначение лечения, суд апелляционной инстанции не привел мотивов, по которым отклонил возражения ответчика относительно размера компенсации и счел необходимым возложить на ответчика обязанности компенсировать моральный вред в размере 100 000 руб.

2. Можно ли заставить медорганизацию оказать потребителю медицинскую услугу, если к ней есть лишь эстетические (но не медицинские) показания?

Определение СКГД Третьего КСОЮ от 25 сентября 2024 г. по делу N 8Г-16564/2024

Определение СКГД Третьего КСОЮ от 13 мая 2020 г. по делу N 8Г-6467/2020

Суды не поддержали пациентку, которая страстно желала улучшить свою внешность: молодая женщина "загорелась" идеей удлинить себе ноги и увеличить рост. Подобные операции проводят и в РФ. Она обратилась в один из ведущих центров в России (НМИЦ травматологии и ортопедии) и даже получила платную консультацию профессора, доктора медицинских наук, который осмотрел пациентку и констатировал, что кости скелета у нее в прекрасной форме, рост (170 см) является нормальным для женщины, невзирая на жалобы о "субъективно малом росте", а следовательно, медицинских показаний к операции по увеличению роста нет. Впоследствии медицинский центр отказал пациентке в проведении такой операции (платной), а пациентка попыталась в судебном порядке принудить центр к заключению с ней договора по удлинению голеней, но потерпела фиаско:

- в клинике ответчика был созван консилиум специалистов, который проводился с участием истицы, на котором принято решение отказать ей в заключении договора на оказание платных медицинских услуг для выполнения реконструктивно-пластической операции по удлинению голени, ввиду отсутствия медицинских показаний для проведения данной операции;

- учитывая, что ответчиком не выявлено медицинских показаний к операции, то, в соответствии с требованиями п. 1 ст. 421, п. 1 ст. 779 Гражданского кодекса РФ, Закона об основах охраны здоровья граждан, а также Правил предоставления медицинскими организациями платных медуслуг у ответчика отсутствовала **обязанность для заключения данного договора на оказание медицинских услуг** (аналогичный вывод, кстати, суды сделали по иску той же пациентки с теми же самыми требованиями к другой медорганизации - раз нет медпоказаний, то обязать медорганизацию оказывать помощь нельзя).

Затем предприимчивая пациентка попыталась пересмотреть данное дело по вновь открывшимся обстоятельствам, утверждая, что в рамках совершенно иного судебного разбирательства из акта судебно-медицинской экспертизы ей стало известно, что показанием к операции является, в том числе, желание пациента увеличить свой рост и избавиться от комплексов и укороченных нижних конечностей, а никаких иных медицинских показаний не требуется.

Однако суды и тут отказали:

- приведенные истцом доводы не содержат правовых оснований для пересмотра решения суда, так как направлены на переоценку доказательств, положенных в основу этого решения, в связи с чем указанное ответчиком обстоятельство не является вновь открывшимся обстоятельством,

- в своём заявлении истец настаивает на том, что при рассмотрении гражданского дела судом установлено, что у истца имелись показания для проведения операции, вместе с тем, истец смешивает понятия "показания" и "медицинские показания", при этом медицинскими показаниями для хирургической операции являются исцеление органа или целой системы организма с целью лечения, то есть восстановления утраченных функций организма, между тем материалами дела подтверждается, что никаких диспропорций телосложения у истца не выявлено и врачом обоснованно выставлен диагноз "субъективно низкий рост", а стандартов оказания медицинской помощи для данного диагноза не существует.

Тогда женщина испробовала новый способ атаки - она предъявила иск о некачественной медицинской услуге (медицинском осмотре, который проведен профессором, доктором медицинских наук, и результаты которого послужили причиной отказа в операции): во-первых, по причине неверной диагностики и неправильного ведения медицинской документации ответчиком ей была дана ложная надежда на проведение операции по удлинению голеней, в проведении которой впоследствии было отказано, а во-вторых, на сайте ответчика нет указаний о том, что желанная операция проводится только при наличии медицинских показаний, следовательно, этим были нарушены права пациентки на получение достоверной информации об оказываемой услуге. Однако и данный судебный эпизод был выигран медицинским центром:

- по ходатайству стороны истца по делу была назначена комиссионная судебно-медицинская экспертиза с целью определения качества оказанной медпомощи при ее обращении к ответчику на консультацию и качества последующего обследования, в том числе соответствия установленным методикам и стандартам оказания медпомощи, а также условиям договора об оказании платных амбулаторных медицинских услуг, также поставлены вопросы правильности ведения и оформления медицинской документации, причинения действиями (бездействием) ответчика при оказании медицинской помощи вреда здоровью, степени его тяжести;

- заключением комиссии экспертов установлено, что при осмотре пациентки ответчиком никаких диспропорций телосложения не выявлено, рост 170 см для лиц женского пола является нормой, в связи с этим врачом обоснованно выставлен диагноз "субъективно низкий рост", пациентке рекомендовано "удлинение голеней по Илизарову" без указания конкретного учреждения после предъявления рентгенограмм;

- качество спорной медпомощи при обращении истца на консультацию в НМИЦ и последующем обследовании соответствовало принятым в медицине методикам. Стандартов оказания медпомощи при данном диагнозе не существует;

- текст договора об оказании платных амбулаторных медицинских услуг содержит лишь описание прав и обязанностей сторон и не содержит данных о конкретных медицинских

услугах и методах их выполнения, поэтому условиям договора качество спорной медпомощи противоречить не может;

- в связи с этим качество оказанной истцу медицинской помощи при ее обращении к ответчику на консультацию соответствует условиям договора с учетом приложений к нему; по вопросу правильности оформления и ведения ответчиком медицинской документации при обращении истца на консультацию и последующем обследовании комиссией экспертов сделан вывод, что медицинская документация велась и оформлялась правильно;

- действиями (бездействием) ответчика вред здоровью истца причинен не был, поскольку при консультировании врач не оказывал физических, химических, биологических и психических воздействий на истца; нарушений анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей истца в результате данной консультации не зарегистрировано;

- медицинская консультативная помощь по договору ответчиком истцу оказана надлежащим образом, вины ответчика в причинении вреда здоровью истца и как следствие причинение материального ущерба и морального вреда не имеется;

- у истца не было выявлено медицинских показаний к операции, оснований для ее проведения не имелось. При этом имеющиеся на сайте медицинского учреждения сведения об услугах, оказываемых учреждением, **не являются публичным договором**, а лишь раскрывают информацию об оказываемых услугах.

Отметим, что вывод о праве медорганизации отказать потребителю в предоставлении платной медицинской услуги, к которой имеются исключительно эстетические показания, был поддержан судами и в рамках аналогичных дел с участием той же пациентки - она безуспешно требовала от клиники ринопластики предоставить ей медицинские услуги, целью которых было бы, в том числе, улучшение формы носа. Однако суды отметили, что ответчиком не выявлено медицинских показаний к проведению истцу операции септопластики и ринопластики в рамках программы ОМС, а документов, подтверждающих заключение между сторонами договора об оказании услуг на платной основе, в материалы дела не представлены. При этом суд сослался, в том числе, на мнение ответчика (больницы) о том, что хотя в ней и проводятся платные операции по ринопластике, но "в ходе беседы и осмотра пациентки врач больницы пришел к выводу, что проведение оперативного вмешательства в условиях больницы в объеме ринопластики не позволит удовлетворить пожелания истца в отношении улучшения эстетики лица, ввиду чего ей предложено рассмотреть возможность обращения в другие клиники города, занимающиеся пластической (эстетической) хирургией".

3. Вопрос о дате применения будущих клинических рекомендаций законодательством не урегулирован?

Письмо Минздрава России от 13 декабря 2024 г. N 17-1/3156011-70958

Вопрос: Согласно Правилам поэтапного перехода медорганизаций к оказанию медпомощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в

соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", утв. постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968, клинические рекомендации, размещенные на официальном сайте после 1 января 2024 г., применяются с 1 января 2025 г.

Однако после 01.01.2025 процесс принятия и утверждения новых клинических рекомендаций не остановится. Таким образом, после 01.01.2025 будут утверждаться новые клинрекомендации с учетом новейших сведений о новых лекарственных средствах. Способах диагностики и лечения.

В связи с этим прошу разъяснить, с какого момента медицинские работники должны будут руководствоваться теми новыми клинрекомендациями, которые будут утверждены и опубликованы после 01.01.2025

Ответ: Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации рассмотрел обращение и сообщает.

В соответствии с частью 3 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (далее - МПНКО) по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг.

Минздравом России сформирована вся необходимая нормативная правовая база по разработке, утверждению клинических рекомендаций.

Разработанные МПНКО и представленные в Минздрав России проекты клинических рекомендаций подлежат экспертной оценке в экспертной организации (ФГБУ "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Минздрава России).

По результатам проведения экспертной оценки проекты клинических рекомендаций в соответствии с частью 4 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ подлежат рассмотрению научно-практическим советом Минздрава России, деятельность которого регламентируется положением о научно-практическом совете Минздрава России, утвержденным Приказом N 102н. Состав научно-практического совета Минздрава России утвержден приказом Минздрава России от 14.04.2022 N 254.

При рассмотрении проектов клинических рекомендаций научно-практический совет принимает решение об одобрении, отклонении или направлении на доработку.

В соответствии с частью 6 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ клинические рекомендации, одобренные научно-практическим советом, утверждаются МПНКО.

Клинические рекомендации, одобренные научно-практическим советом, утвержденные МПНКО и принятые для руководства, размещаются на официальном сайте Минздрава России в сети "Интернет" - Рубрикатор клинических рекомендаций <http://cr.rosminzdrav.ru>.