



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ФЕВРАЛЬ 2025 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

**ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»**

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Февраль 2025 года. Выпуск №2 (54)

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. Причинитель вреда здоровью оплатит и платную медпомощь, если она предусмотрена клиническими рекомендациями, но в ОМС входит лишь её менее совершенный аналог	2
2. Неправильно указаны медорганизация и дата направления пациента в реестре счетов: оплачивать ли медпомощь?	4
3. Оплата медработникам времени простоя не может осуществляться за счет средств ОМС	5
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	7
1. Интернет-предложения каких лекарственных препаратов чаще всего блокируют по просьбам Росздравнадзора?	7
2. Как оплачивать медпомощь, оказанную пациентам из другого региона, если медорганизация имеет структурные подразделения и в этом другом регионе?	8
3. Как учесть остатки лекарств при ликвидации аптечного пункта больницы?	9

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

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

1. Причинитель вреда здоровью оплатит и платную медпомощь, если она предусмотрена клиническими рекомендациями, но в ОМС входит лишь её менее совершенный аналог

Постановление Конституционного Суда РФ от 31 января 2025 г. N 4-П

Конституционный Суд РФ дал оценку конституционности ст. 1085 ГК РФ - она регулирует возмещение расходов, понесенных гражданином в связи с причинением вреда его здоровью. В частности, этой нормой установлено, что при повреждении здоровья гражданина ему возмещаются (за счет причинителя вреда) расходы на лечение, если установлено, что потерпевший нуждается в этой помощи и уходе и не имеет права на ее бесплатное получение.

Поводом к рассмотрению стала жалоба пациента стоматологической клиники - в ходе удаления зуба ему сломали челюсть. А вот лечение челюсти повлекло значительные расходы: гражданину провели металлоостеосинтез титановыми пластинами, причем платно.

В ходе судебного разбирательства с зубной клиникой пациент потребовал возместить ему, в том числе, расходы на металлоостеосинтез. Но в данном требовании суды ему отказали:

- в рамках ОМС истцу могли сделать металлоостеосинтез бесплатно, правда, без применения титановых пластин,

- но поскольку он не доказал, что нуждался в лечении с применением именно избранных им материалов (титановых пластин),

- то обязанность ответчика по возмещению соответствующих расходов в соответствии с п. 1 ст. 1085 ГК РФ исключена.

Несчастный пациент пожаловался в Конституционный Суд РФ - по его мнению, ограничения, установленные статьей 1085 ГК РФ, препятствуют реализации потерпевшим права на возмещение расходов, понесенных на лечение, если это лечение **соответствует утвержденным клиническим рекомендациям и является более эффективным**, нежели то, которое предлагается бесплатно (в рамках программы ОМС), что приводит к необоснованному освобождению от ответственности причинителя вреда. А следовательно, спорная норма противоречит преамбуле и статье 52 Конституции РФ.

Конституционный Суд, рассмотрев дело, счел, что норма соответствует Конституции РФ, однако суды неправильно её толкуют:

- в правоприменительной практике суды толкуют п. 1 ст.1085 ГК РФ как запрет на возмещение потерпевшему расходов на лечение, в котором он нуждался из-за повреждения здоровья и которое ему показано на основании клинических рекомендаций, если у него формально имелась возможность получения медпомощи в меньшем объеме или позже в рамках программы ОМС. Такое толкование фактически ограничивает самостоятельный выбор потерпевшим способа лечения;

- при этом ВС РФ указывал судам, что если потерпевший, нуждающийся в соответствующих видах помощи и имеющий право на их бесплатное получение, фактически был лишен возможности получить такую помощь **качественно и своевременно**, суд вправе удовлетворить иски о взыскании с ответчика фактически понесенных им расходов (пп. "б" п. 27 постановления Пленума ВС РФ от 26.01.2010 N 1);

- поэтому иногда суды взыскивали понесенные потерпевшим расходы на лечение, когда медучреждение не может оказать спорную медпомощь в рамках ОМС в связи с неприменением в нем необходимых способов (методов) лечения или обследования либо в связи с невозможностью сделать это в необходимые (исходя из состояния пациента) сроки ввиду отсутствия материалов, исчерпания квот или по иным причинам организационно-технического характера, притом что ожидание лечения могло бы в значительной степени осложнить процесс выздоровления пациента (определения ВС РФ от 10.09.2009 N 5-В09-106 и от 27.11.2018 N 5-КГПР18-232, Пятого КСОЮ от 17.02.2021 по делу N 88-1560/2021, Четвертого КСОЮ от 14.03.2024 по делу N 88-8594/2024 и др.).

- а вот если потерпевшие хотят возместить свои расходы на платные медуслуги, которые входят в перечень медуслуг, гарантированных государством, и могли быть оказаны бесплатно, но позже или с использованием других способов (методов) лечения, также одобренных клиническими рекомендациями, суды обычно отказывают (определения Восьмого КСОЮ от 13.05.2021 по делу N 88-7125/2021, Девятого КСОЮ от 27.10.2022 по делу N 88-9103/2022, Седьмого КСОЮ от 09.03.2023 по делу N 88-4218/2023);

- такой подход фактически стимулирует потерпевшего пользоваться лишь теми способами лечения, которые реализуются в системе ОМС; в противном случае, потерпевший - потратив средства на более качественное, эффективное и своевременное лечение, предлагаемое в клинических рекомендациях, - как правило, лишается возможности компенсации понесенных в связи с этим расходов за счет причинителя вреда;

- при этом медицинской помощи присуща вариативность, поэтому врач - наряду с бесплатными (ОМС), - может предложить иные методы и способы лечения, которые предоставляются в качестве платных медуслуг и предполагают в том числе приобретение лекарств, медизделий (пластин, винтов, протезов, имплантатов), используемых в лечении, за счет пациента. **Пациент вправе выбрать именно платную медицинскую услугу с учетом мнения лечащего врача, который, избирая тактику лечения применительно к случаю пациента, указывает, что конкретный способ является предпочтительным**, поскольку, например, позволит избежать серьезного оперативного вмешательства в дальнейшем, минимизирует последствия травмы (заболевания), компенсирует утраченное качество жизни после повреждения здоровья. **Таким образом, выбор варианта лечения - платного или бесплатного - остается правом пациента;**

- вместе с тем п. 1 ст. 1085 ГК РФ предполагает, что общие критерии разумности и обоснованности расходов, понесенных потерпевшим, должны применяться и к случаям причинения вреда здоровью, но в весьма специфическом значении: они не исчерпываются лишь доказыванием необходимости расходов для восстановления положения, существовавшего до нарушения права. Спорная норма преследует цель исключить возможность злоупотребления со стороны потерпевшего своим правом и получения неосновательного обогащения (если он понес расходы на лечение необоснованно, или умышленно завышает объем возмещения, обращаясь к **избыточным** средствам лечения, а также стремится к экономическому воздействию на причинителя вреда, интересы которого при этом могут не учитываться даже при невиновном причинении вреда здоровью при оказании медуслуги (абз. 1 ст.1095 ГК РФ);

- тем не менее получение медпомощи по ОМС является типичным, наиболее востребованным, но не обязательным для пациента, а в отдельных случаях и вовсе невозможным, **когда конкретный эффективный метод лечения не входит в программу ОМС**, а также когда

обращение за бесплатной медпомощью сопряжено с длительным ожиданием консультации врача, проведения обследования и прочими объективными сложностями. Стремление потерпевшего восстановить свое здоровье любыми доступными способами, в том числе не покрываемыми за счет средств ОМС, не может само по себе рассматриваться в качестве предосудительного, а платное лечение - в качестве неразумно затратного и (или) не отвечающего требованию необходимости;

- таким образом, п. 1 ст. 1085 ГК РФ по своему конституционно-правовому смыслу в системе действующего правового регулирования не дает оснований для отказа в возмещении разумных и обоснованных расходов, понесенных на лечение потерпевшего, который **1.** мог получить лечение этого повреждения бесплатно в рамках программы ОМС, но **2.** избрал платное лечение, **3.** соответствующее клиническим рекомендациям, **4.** в случаях, когда иное повлекло (могло повлечь) для его здоровья неблагоприятные последствия (в частности, если вынужденное ожидание получения бесплатного лечения существенно ухудшит прогноз состояния здоровья гражданина или непропорционально увеличит время восстановления его здоровья, либо если гражданин испытывает физические страдания, которые могут быть прекращены или минимизированы только оказанием соответствующей медицинской помощи, либо если платный способ (метод) лечения более эффективен или больше подходит гражданину по индивидуальным медицинским показаниям, чем предоставляемый бесплатно).

2. Неправильно указаны медорганизация и дата направления пациента в реестре счетов: оплачивать ли медпомощь?

Постановление АС Северо-Западного округа от 15 января 2025 г. N Ф07-16636/24

В ходе МЭЭ ТФОМС обнаружил, что больница ошиблась, заполняя поля реестра счетов: указала неправильный код медорганизации, выдавшей пациенту направление на лечение, а также указала неправильную дату направления. ТФОМС присвоил выявленному нарушению код 2.16.3 "Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации" и вообще отказался оплачивать спорный случай.

Суд первой инстанции согласился с ТФОМС, однако суды следующих инстанции признали решение ТФОМС незаконным:

- МЭЭ - это установление соответствия фактических сроков и объемов оказания медпомощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации пациента и учетно-отчетной документации медорганизации (ч. 4 ст. 40 Закона N 326-ФЗ, п. 14 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи N 231н). Пункт 17 Порядка N 231н раскрывает те действия, которые совершаются при проведении МЭЭ, на предмет такой экспертизы, то есть установления соответствия фактических сроков и объемов медицинской помощи, и не может применяться или толковаться **вне взаимосвязи с целями МЭЭ**, установленными законом;

- таким образом, значение имеет, установлено ли в результате оценки по критериям, предусмотренным п. 17 Порядка N 231н, нарушение объема или сроков медицинской помощи;

- в спорном случае ТФОМС не установил нарушений ни объемов, ни сроков медпомощи, что им и не оспаривается,

- при этом из положений Закона N 326-ФЗ следует, что допущенные медорганизацией нарушения, за которые ее можно оштрафовать, **не могут носить формальный характер**, а должны быть связаны с неоказанием, несвоевременным оказанием либо оказанием некачественной медпомощи (определение Верховного Суда РФ от 03.10.2022 N 309-ЭС22-11221);

- кроме того, спорный код дефекта связан с несоответствием данных меддокументации данным реестра счетов. Между тем, согласно Методическим указаниям (письмо ФФОМС от 30.12.2011 N 9161/30-1/и), под реестром счетов понимается документ, выполненный на бумажном носителе и содержащий исчерпывающий перечень сведений, распределенных по 19 графам. При этом данные, отраженные в реестре счетов, позволяют достичь цели МЭЭ, то есть установить фактические сроки оказания медпомощи и её объем, а приведенная в Методических указаниях форма реестра счетов на оплату медпомощи вообще не содержит поля с кодом медорганизации, выдавшей направление на лечение. При этом ссылка на приведенные Методические указания дана с целью толкования Правил ОМС, в связи с чем сама по себе правовая природа таких указаний не опровергает правильности выводов суда;

- включение в реестр счетов спорной информации не предусмотрено и пунктом 147 Правил ОМС, утвержденных приказом N 108н, так как пункт 147 Правил ОМС содержит закрытый перечень сведений, подлежащих включению в реестр счетов, и включает в себя сведения о дате начала и дате окончания оказания медицинской помощи;

- действительно, приказом ФФОМС от 31.03.2021 N 34н утвержден порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС и определены форматы файлов для него, в том числе предусмотрено введение дополнительной информации, но это не изменяет содержание положений пункта 147 Правил ОМС, в связи с чем, **только указанная в этом пункте информация подлежит проверке в ходе МЭЭ** и сопоставлению с фактическими сведениями, содержащимися в первичной медицинской документации на предмет соответствия сроков и объемов медпомощи;

- при этом, сведения по вмененному больнице нарушению по пункту 2.16.3 содержатся в файле со сведениями в разделе "сведения о законченном случае", о номере медицинской карты стационарного больного - в разделе "сведения о случае", но не в разделе "счет";

- раздел 2 приложения к Порядку N 231н, как и пункт 2.16.3 этого раздела, могут применяться ТФОМС исключительно во взаимосвязи с положениями пунктов 14 и 17 Порядка N 231н, предполагающими проверку медицинской документации на предмет установления соответствия фактических объемов медицинской помощи;

- следовательно, ТФОМС при проведении МЭЭ, не установив факта расхождения объема медпомощи согласно счету и меддокументации, вопреки требованиям Порядка N 231н, вышел за пределы проведения МЭЭ и необоснованно применил санкцию в виде 100% неоплаты счетов.

3. Оплата медработникам времени простоя не может осуществляться за счет средств ОМС

Определение Верховного Суда РФ от 17 января 2025 г. N 304-ЭС24-22797

Городская больница не смогла оспорить результаты проверки ТФОМС с выводом о нецелевом расходовании средств ОМС - горбольница использовала их для оплаты своим работникам времени простоя, возникшего в период капитального ремонта помещений круглосуточного стационара: ремонт проводился с полным прекращением оказания медпомощи в

неврологическом, терапевтическом отделениях и палате реанимации и интенсивной терапии, возможности предоставить сотрудникам другую работу у больницы не было, а сокращение штатов на период капремонта было нецелесообразным.

Однако суды всех инстанций признали траты нецелевыми:

- согласно территориальной программе ОМС в проверяемом периоде структура тарифа на оплату медпомощи включала в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда. При этом согласно ч. 1 ст. 30 Закона об ОМС тарифы на оплату медпомощи рассчитываются в соответствии с **методикой** расчета тарифов, утвержденной в составе правил ОМС,

- детализация включенных в тарифы расходов установлена главой XII Правил ОМС. В структуре тарифов затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медпомощи, а также не принимающих непосредственного участия в оказании медпомощи по штатному расписанию (административно - управленческого, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), в соответствии с действующей в учреждении системой оплаты труда;

- в составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медпомощи (медуслуги), учитываются, в том числе и затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медпомощи (медуслуги) (п. 193 Правил ОМС), затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медпомощи (медуслуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда (п. 196 Правил ОМС);

- таким образом, в структуру тарифа на оплату медпомощи федеральным законодателем включены **не все затраты** медорганизаций на оплату труда, а только те, которые осуществляются на выплату заработной платы работников, принимающих непосредственное участие в оказании медпомощи, а расходы, связанные с простоем медицинских организаций, не указаны в качестве составляющей части тарифа ни в Законе об ОМС, ни в Правилах ОМС, ни в базовой и территориальной программах ОМС;

- таким образом, в структуру тарифов включены расходы на оплату труда работников медорганизаций, выполняющих трудовые функции как непосредственно связанные с оказанием медпомощи, так и обеспечивающим этот процесс. **Расходы на оплату времени простоя в структуру тарифов не включены;**

- кроме того, горбольница участвует в реализации территориальной программы ОМС на основании договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС, при этом финансовые средства ОМС поступают в медорганизацию **только за медицинскую помощь, фактически оказанную застрахованным**, в то время как в спорный период оказание медпомощи в условиях круглосуточного стационара на время проведения работ по капитальному ремонту было приостановлено.

Верховный Суд РФ отказал больнице в пересмотре дела

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

1. Интернет-предложения каких лекарственных препаратов чаще всего блокируют по просьбам Росздравнадзора?

Приказ Росздравнадзора от 9 декабря 2024 г. N 6971

Росздравнадзор кратко охарактеризовал состояние законности в сфере обращения лекарства (в рамках Программы профилактики рисков на 2025 год). В частности, ведомство отметило, что за прошедшие годы Роскомнадзор заблокировал более 90 тысяч интернет-ресурсов, где незаконно предлагались к приобретению препараты.

В рамках борьбы с распространением запрещенной информации в сфере обращения лекарственных средств Росздравнадзор на постоянной основе проводит мониторинг средств информационной коммуникации для предупреждения распространения в сети "Интернет" запрещенной информации, а именно продажи психоактивных веществ.

С 18 сентября 2020 г. Росздравнадзором в результате мониторинга информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" проанализировано 134050 интернет-ресурсов, в том числе по обращениям граждан, органов власти, правоохранительных органов и органов прокуратуры, о содержании запрещенной информации в сети "Интернет".

По информации Росздравнадзора, Роскомнадзором принято решение о блокировке 90435 интернет-ресурсов в связи с наличием предложений о розничной торговле дистанционным способом лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецепту (психоактивных лекарственных препаратов, вызывающих наркотическую зависимость), в том числе унифицированных указателей ресурса в социальных сетях (Вконтакте, Одноклассники, Telegram).

Основными причинами блокировки интернет-ресурсов явились отсутствие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) разрешения на дистанционную торговлю, а также предложения о розничной торговле запрещенными к продаже дистанционным способом:

- незарегистрированных лекарственных препаратов (Мунджаро, Мирена, Гаммалон, Суксилеп, Оземпик, Рефайнекс, Мифепристон);
- наркотических средств и психотропных веществ, а также психоактивных препаратов, вызывающих наркотическую зависимость (Тропикам, Прегабалин, Лирика);
- иных рецептурных лекарственных препаратов (Метипред, Розувастатин, Аторвастатин, Растан, Эутирокс, Дивигель).

С Ассоциацией компаний Интернет-торговли (АКИТ), в которую входят в том числе крупнейшие маркетплейсы Российской Федерации (Ozon, Wildberries, Яндекс, Мегамаркет и др.), создан телеграм-канал.

При выявлении на маркетплейсах фактов продажи лекарственных препаратов, реализация которых ограничена или запрещена, соответствующая информация направляется не только в

Роскомнадзор, но и непосредственно в телеграм-канал с АКИТ, что позволяет оперативно блокировать данную информацию.

Так, по информации Росздравнадзора, размещенной в телеграм-канале, на интернет-площадке Wildberries заблокировано 258 карточек с предложением о продаже рецептурных препаратов.

В 2024 г. в рамках осуществления фармаконадзора проведена оценка информации научного и клинического характера, содержащейся в документах (периодические обновляемые отчеты по безопасности (ПООБ) - 5651; планы управления рисками (ПУР) - 411), предоставляемых субъектами обращения лекарственных средств в рамках обязательных требований, установленных приказом Росздравнадзора от 15.02.2017 N 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" (далее - Порядок). В результате оценки было отклонено 488 ПООБ вследствие несоответствия установленным требованиям, 39 ПУР - в связи с недостаточностью информации о предложенных мероприятиях для предотвращения вреда и здоровью граждан при применении лекарственных препаратов.

2. Как оплачивать медпомощь, оказанную пациентам из другого региона, если медорганизация имеет структурные подразделения и в этом другом регионе?

Определение Верховного Суда РФ от 20 января 2025 г. N 308-ЭС24-23093

Глазная клиника имеет сеть филиалов в разных субъектах РФ (в частности, в Ставропольском крае и КБР), и в каждом субъекте эти филиалы включены в реестр медорганизаций сферы ОМС и участвуют в реализации ТП ОМС на основе договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС со СМО.

При этом несколько пациентов из КБР получили медпомощь не в кабардинском филиале клиники, а в ставропольском.

Клиника предъявила эту медпомощь Ставропольскому ТФОМС, тот ее оплатил и даже успел получить возмещение этой суммы из ТФОМС КБР. Однако впоследствии Кабардинский ТФОМС потребовал вернуть эти средства.

Суд первой инстанции в иске отказал, а вот Шестнадцатый ААС этот иск удовлетворил:

- из материалов дела видно, что клиника работает в системе ОМС в обоих регионах, в частности, по договору о медпомощи кабардинским пациентам в рамках кабардинской ТП ОМС;

- следовательно, лечение кабардинских пациентов - хотя бы даже и на территории другого субъекта РФ - должно напрямую предъявляться и оплачиваться СМО / ТФОМС в КБР, без привлечения ТФОМС иного региона и не затрагивая систему межтерриториальных расчетов;

- поскольку Ставропольский ТФОМС с самого начала был в курсе ситуации с клиникой и её "инокраевыми" пациентами, ему не следовало оплачивать спорную медпомощь клинике (за "чужих" пациентов).

Однако суд округа отменил постановление апелляционного суда и в иске Кабардинского ТФОМС отказал:

- ответчик правомерно руководствовался положениями п. 164 Правил ОМС и исходил из того, что глазной клиникой оказывалась медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС пациентам, застрахованным на территории иного субъекта РФ (иногогородним), а вот суд апелляционной инстанции ошибочно применил положения абз. 2 п. 175 Правил ОМС, которым предусмотрен порядок выставления счетов и реестров счетов на оплату медпомощи в случае, если медорганизация участвует в реализации ТП ОМС нескольких субъектов Р;

- между тем в силу договоров, заключенных обоими ТФОМС и глазной клиникой, она обязуется оказать медпомощь застрахованному лицу в соответствии с ТП ОМС и объемами предоставления и финансирования медпомощи, если таковая оказывается в пределах территории субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС (**медицинская помощь по территориальной программе**), либо же оказать медпомощь застрахованному лицу в рамках базовой программы ОМС, в случае если таковая оказывается за пределами территории субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС (**медицинская помощь по базовой программе**), а фонд обязуется оплатить указанную медпомощь в соответствии с договором;

- однако из имеющихся в материалах дела доказательств не представляется возможным установить, в рамках какой программы (базовой или территориальной) оказывались услуги глазной клиникой, поскольку из договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС такие сведения не усматриваются. Поскольку данное фактическое обстоятельство имеет существенное значение для разрешения спора, рассмотрение дела необходимо начать вновь, первой инстанции, и прояснить характер медпомощи, которую клиника оказала на территории Ставропольского края, но пациентам из КБР.

ТФОМС КБР попытался отменить данный акт в Верховном Суде РФ, указывая, что данное обстоятельство существенного значения не имеет, а спор уже был разрешен.

Однако Верховный Суд РФ отказался пересматривать выводы суда округа, выразив, таким образом, согласие с высказанной им правовой позицией.

3. Как учесть остатки лекарств при ликвидации аптечного пункта больницы?

В автономном лечебном учреждении существует аптечный пункт (структурное подразделение). Учреждение закупает лекарственные препараты и изделия медицинского назначения для реализации в розницу через аптечный пункт. Закупка производится за счет средств от приносящей доход деятельности по КВР 244 и КОСГУ 346.

В случае ликвидации аптечного пункта как можно остатки нереализованных лекарственных препаратов отразить в бухгалтерском учете для нужд лечебного учреждения (оказания медицинской помощи)?

В случае перевода лекарственных препаратов для нужд лечебного учреждения (оказания медицинской помощи) как этот факт отразить в национальной системе цифровой маркировки "Честный знак"?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Перевод лекарственных препаратов из состава товаров в состав лекарственных препаратов, применяемых для медицинских целей, может быть отражен в качестве реклассификации материальных запасов в порядке перемещения в другой вид материальных запасов - "Лекарственные препараты и медицинские материалы".

После проведения реклассификации по мере списания лекарственных препаратов с учета необходимо будет передавать в государственную информационную систему "Честный знак" сведения об их выводе из оборота с помощью регистратора выбытия.

Обоснование вывода:

Материальные ценности, приобретенные учреждением для продажи, учитываются на счете 105 08 "Товары" (п. 124 Инструкции N 157н). Однако в ходе ведения деятельности у учреждения может возникнуть необходимость в использовании товаров для собственных нужд. Материальные запасы, исходя из новых условий их использования субъектом учета, могут реклассифицироваться (п. 27 Стандарта "Запасы"). Для этого имущество из состава товаров при изменении их целевого (функционального) назначения в зависимости от конкретных обстоятельств может быть переведено в состав иного вида материальных запасов (п. 36 Инструкции N 183н).

В рассматриваемом случае изменяется целевое назначение лекарственных препаратов, которые изначально были приобретены для реализации (продажи), но в связи с изменившимися обстоятельствами (закрытие аптечного пункта) планируются к использованию для оказания медицинских услуг.

В соответствии с п. 118 Инструкции N 157н медикаменты, иные лекарственные препараты, применяемые в медицинских целях, подлежат отражению на соответствующем аналитическом счете 105 31 "Лекарственные препараты и медицинские материалы".

Следует также отметить, что при выборе кода КОСГУ, отражаемого в 24-26 разрядах номера счета 105 00, следует исходить из цели использования таких материальных запасов. Соответственно, товары как вид материальных запасов, реализуемых учреждением в рамках приносящей доход деятельности, могут учитываться с применением подстатей 346/446 "Увеличение/Уменьшение стоимости прочих оборотных запасов (материалов)" КОСГУ (п. 11.4.6, п. 12.4.6 Порядка N 209н). В то время как лекарственные препараты, применяемые в медицинских целях, согласно п. 11.4.1, п. 12.4.1 отражаются с применением подстатей 341/441 "Увеличение/Уменьшение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях" КОСГУ.

Таким образом, рассматриваемая хозяйственная операция по переводу остатков материальных запасов (лекарственных препаратов), учитываемых как товар, в иной вид материальных запасов (лекарственные препараты, применяемые в медицинских целях) в рамках приносящей доход деятельности может быть отражена в качестве реклассификации путем изменения номера счета аналитического учета счета 105 00 и соответствующих подстатей КОСГУ следующей корреспонденцией счетов:

Дебет 2 105 X1 341 Кредит 2 105 X8 346

- отражено перемещение в состав лекарственных препаратов, применяемых для медицинских целей, остатков товара в связи с изменением их целевого (функционального) назначения.

По поводу отражения рассматриваемой ситуации в федеральной государственной информационной системе мониторинга движения лекарственных препаратов (далее - ФГИС МДЛП), являющейся частью государственной информационной системы "Честный знак" по направлению "Лекарственные препараты", полагаем следующее.

В соответствии с ч. 7 ст. 67 Федерального закона от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", а также согласно Методическим рекомендациям для участников эксперимента по маркировке средствами идентификации и мониторингу за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденным Министерством здравоохранения РФ от 23.04.2018, медицинские учреждения относятся к субъектам обращения лекарственных средств (далее - СОЛС), соответственно, обязаны вносить в ФГИС МДЛП соответствующие сведения.

Исходя из положений пунктов 43-52 Положения о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденного постановлением Правительства от 14.12.2018 N 1556 (далее - Положение N 1556), медицинские организации могут передавать в ФГИС МДЛП следующие виды сведений о:

- входящих поставках (прием лекарственных средств),
- внутреннем перемещении лекарственных препаратов между адресами мест осуществления деятельности,
- передаче лекарственных препаратов иному СОЛС,
- совершаемых операциях с лекарственными препаратами при выводе из оборота (списание, уничтожение).

В рассматриваемом случае не реализованные в аптеке лекарственные препараты остаются в собственности автономного лечебного учреждения (не передаются другому СОЛС), также не происходит внутреннего перемещения между адресами мест осуществления деятельности (аптечный пункт расположен в самом учреждении).

Следовательно, по нашему мнению, в данном случае учреждению необходимо будет предоставить в ФГИС МДЛП сведения о выводе лекарственных препаратов из оборота. При этом под выводом из оборота понимается в том числе реализация, продажа и отпуск (в том числе по рецепту) лекарственных препаратов потребителю, применение, передача на уничтожение, утрата и списание лекарственных препаратов (п. 2 Положения N 1556).

Таким образом, автономному лечебному учреждению после проведения реклассификации материальных запасов по мере использования лекарственных препаратов в своей деятельности, а именно для лечения пациентов либо списания препаратов с учета по иным причинам (например, уничтожение), необходимо будет передавать сведения о выводе из оборота в систему ФГИС МДЛП.

При этом следует учитывать, что, в отличие от передачи сведений о выводе из оборота с использованием контрольно-кассовой техники (ККТ) при розничной торговле, для передачи сведений о выводе из оборота лекарственных препаратов при их использовании в деятельности медицинского учреждения, в частности при оказании медицинской помощи, необходим регистратор выбытия, который выступает в качестве аналога онлайн-кассы и передаёт в систему ФГИС МДЛП соответствующие сведения (п. 51 Положения N 1556).

Ответ подготовил:
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ
советник государственной гражданской службы РФ 1 класса Клименко Галина
Ответ прошел контроль качества