



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

СЕНТЯБРЬ 2022 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Сентябрь 2022 года. Выпуск №9 (25)

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. Клиника головной боли взыскала с ТФОМС 28 млн рублей за медицинскую помощь, оказанную пациентам из других регионов	2
2. Даже при огромной "нецелевке" по ОМС можно рассчитывать на снижение штрафных санкций ...	6
3. Верховный Суд отменил решения нижестоящих судов и полностью отказал во взыскании средств ОМС за сверхобъемную медицинскую помощь, поскольку отказы в перераспределении объемов медпомощи не оспаривались	7
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	8
1. Если инвалид II группы отказался от федерального льготного лекарственного обеспечения и получает денежную компенсацию за лекарства, имеет ли он право получать бесплатные лекарства как региональный льготник?	8
2. Какая должна быть информация на информационных стендах в больнице и поликлинике?	9
3. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 N 1094н утвержден Порядок назначения и выписки в том числе льготных рецептов. Может ли врач в амбулаторном медицинском учреждении выписать льготный рецепт иногороднему пациенту (на примере Томской области)?	12

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

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

1. Клиника головной боли взыскала с ТФОМС 28 млн рублей за медицинскую помощь, оказанную пациентам из других регионов

Определение Верховного Суда РФ от 15 августа 2022 г. N 305-ЭС22-10548

Клиника головной боли (частная медорганизация системы ОМС, без прикрепленного населения) выиграла спор с ТФОМС об оплате первичной специализированной медпомощи, в том числе в условиях дневного стационара, оказанной пациентам из других регионов в 2020-2021 годах. В этом очень интересном деле ТФОМС приводил многочисленные доводы в пользу своей позиции, - как в целом, так и по отдельным страховым случаям, - однако все они были опровергнуты юристом клиники.

Самые интересные эпизоды спора представлены в виде таблицы:

доводы ТФОМС	контрдоводы клиники
клиника не имеет права выдавать направления на оказание плановой специализированной медпомощи по причине отсутствия прикрепленного населения (п.п. 4, 6 Порядка гражданском медорганизации пределами своего региона, утв. приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 N 1342н)	- клиника представила суду медицинскую лицензию, из которой следует, что в спорном периоде она оказывала исключительно первичную специализированную медико-санитарную помощь. Иные виды медпомощи, в частности, специализированную, в том числе ВМП, на оказание которой фонд ссылается в своем отзыве, клиника согласно условиям лицензии оказывать была не вправе; - согласно п.п. 3-5 ст.33 Закона N 323-ФЗ и п. 10 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи N 543н, первичная медико-санитарная помощь включает: первичную доврачебную медико-санитарную помощь; первичную врачебную медико-санитарную помощь; первичную специализированную медико-санитарную помощь; - в силу абз. 2 п. 21 Положения N 543н первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медработников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию; - следовательно, пациент вправе самостоятельно обратиться для получения первичной специализированной помощи в любую медорганизацию без какого-либо направления; ни Закон N 323-ФЗ, ни Положение N 543н не возлагают на застрахованных лиц обязанности предъявления направления или какого-либо иного документа для получения медпомощи в рамках программы ОМС, как и не предусматривают возможности отказа медорганизации в оказании медицинской помощи;

	<p>- следовательно, фонд неправомерно требовал от клиники при оказании ею первичной медико-санитарной помощи наличия у застрахованных лиц направления от лечащего врача другой медорганизации, имеющей прикрепленное население</p>
<p>фондом не получены счета и реестры счетов в электронном виде за спорные периоды</p>	<p>- согласно представленной электронной переписке клиника неоднократно направляла счета (реестры счетов) за спорную медпомощь в электронном виде, однако в приеме информационных данных фондом было оказано по причине того, что истец входит в список неактивных;</p> <p>- следовательно, истец был лишен возможности предоставить спорные документы в электронном виде;</p> <p>- при этом, как предусмотрено нормой абз. 3 раздела 5.3 Общих принципов построения и функционирования ИС и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС (утв. приказом ФФОМС от 07.04.2011 N 79), в случае отсутствия возможности обеспечения юридически значимого электронного документооборота, передаваемые документы должны подтверждаться на бумажных носителях;</p> <p>- поскольку клиника по техническим причинам не могла обеспечить юридически значимый электронный документооборот, счета (реестры счетов) были предоставлены фонду на бумажных носителях, при этом до представления документов на бумажном носителе клиника предварительно обращалась к фонду с просьбой обеспечить передачу счетов и реестров счетов в электронном виде</p>
<p>МЭК выявил нарушения, являющиеся основанием для уменьшения оплаты по <u>коду 3.4</u></p>	<p>- уменьшение подлежащей оплате медпомощи по результатам МЭК противоречит цели данной формы контроля, как она определена в <u>п. 3 ст. 40 Закона N 326</u> и <u>п. 9 Порядка контроля объемов</u>, утв. <u>приказом ФФОМС от 28.02.2019 N 36</u>, потому что по смыслу указанных норм, в ходе МЭК проверяются реестры счетов на соответствие количества пролеченных случаев количеству случаев, распределенному медорганизации комиссией по реализации программы ОМС, на правильность определения медорганизацией способов оплаты и тарифов на оплату медпомощи;</p> <p>- при этом основаниями для неоплаты медпомощи, которые могут быть выявлены в ходе МЭК, являются те, которые указаны в <u>разделе 5</u> перечня - нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов. А фонд по результатам МЭК применил код нарушения <u>3.4 "Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта"</u>, расположенный в <u>разделе 3</u>, в котором содержатся нарушения при оказании медпомощи</p>
<p>клиника некорректно заполнила поле реестра счета по одному из ЕНП - неправильно указана страховая принадлежность - вместо г. Москва (регион 77)</p>	<p>- Порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС разработан ФФОМС,</p> <p>- в соответствии с <u>таблицей Б.4 "Перечень событий изменений данных в ЕРЗ и их причин"</u> пункта Б.2.4 "Причины возникновения событий изменения данных в ЕРЗ" раздела Б.2 "Сообщения об изменении данных в ЕРЗ" Приложения Б "Информационное взаимодействие между Региональным и Центральным сегментами единого регистра застрахованных лиц" к Порядку информационного взаимодействия, если постанова на учет произведена на другой территории страхования, ТФОМС, на территории которого застрахованное лицо состояло на учете прежде, должен снять его с</p>

<p>указана Волгоградская область (регион 34)</p>	<p>учета в своем ИС РС ЕРЗ и послать в ЦС ЕРЗ сообщение о снятии с учета (А08/П02) в связи с постановкой на учет в другом месте;</p> <ul style="list-style-type: none"> - таким образом, изменение территориальной принадлежности осуществляется ТФОМСами, но никак не медорганизацией; - при направлении фонду реестра счетов клиникой была указана та страховая принадлежность пациента, которая имелаась на дату отправки. Она была изменена только лишь спустя двое суток после отправки клиникой реестра счетов; - таким образом, клиника при отправке реестра счетов указала актуальную страховую принадлежность, которая была отражена в информационной системе, но на момент проведения МЭК была помечена как ошибочная, причем такое стало возможным из-за несвоевременного изменения страховой принадлежности пациента ТФОМС Волгоградской области; - отказ фонда в оплате спорного счета неправомерен, так как на момент отправки фонду реестра счетов его поля, в том числе о страховой принадлежности, были заполнены корректно; - кроме того, в результате внесения фондом клиники в список неактивных организаций, у неё отсутствовала техническая возможность пересдать реестр счетов с учетом изменившейся страховой принадлежности
<p>невозможность проведения идентификации застрахованных лиц в соответствии с <u>Порядком</u> информационного взаимодействия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - данные, внесенные клиникой в информационную систему, и имеющиеся в составе первичной медицинской документации копии общегражданских паспортов, полисов ОМС и СНИЛС пациентов, опровергают довод фонда о некорректном заполнении реестров счетов; - более того, по одному из "спорных" пациентов клиника направляла реестр счетов с указанием информации, идентифицирующей пациента, и при этом по результатам проведенного МЭК внесенные клиникой в реестр счетов данные позволили ответчику идентифицировать пациента, а по оказанной медицинской помощи спустя два месяца эти же данные не позволили идентифицировать того же самого пациента; - также принято во внимание, что по вине фонда, отвечающего за корректную работу информационной системы обмена информацией, у клиники отсутствовала техническая возможность пересдать реестр счетов
<p>претензии к спорной медпомощи иногородним пациентам подтверждаются актами МЭЭ от тех ТФОМС, которые застраховали этих пациентов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - спорные произведенные фондом удержания из объема средств, подлежащих выплате клинике, стали следствием отказов терфондов ОМС по месту страхования оплатить счета самого фонда, но никак не следствием МЭЭ, проведенных фондом в отношении счетов клиники; - так, оказав медпомощь иногородним гражданам в спорные периоды, клиника направила фонду счета и реестры счетов, которые были им и не оспариваются. Согласно <u>п. 8 ст. 34 Закона N 326-ФЗ</u>, а также первому предложению <u>п. 161, абз. 1 п. 169</u> Правил ОМС (в редакции, действовавшей в спорный период) полученные от медорганизации счета за спорные периоды фонд обязан был оплатить не позднее 25 рабочих дней с даты их получения; - при этом согласно <u>п. 167</u> Правил ОМС (в редакции, действовавшей в спорный период) фонд обязан провести МЭК представленного счета (реестра счетов) и при отсутствии дефектов и нарушений, которые предусмотрены Порядком организации и проведения контроля утв. <u>приказом ФФОМС от 28.02.2019 N 36</u>. Такой МЭК,

	<p>согласно п.п.10, 13 Порядка N 36, выполняется фондом в течение 3-х рабочих дней с момента представления счета медорганизацией, и если выявлены дефекты или нарушения, то составляется акт МЭК, который является основанием для уменьшения оплаты счета. Если фондом самостоятельно не выявлены нарушения при оказании медпомощи, то у него отсутствуют основания для уменьшения суммы счета медорганизации; - при этом в установленный 3-дневный срок с даты представления реестров счетов фонд не выявил дефектов, которые позволяли бы уменьшить объем подлежащих оплате денежных средств;</p> <p>- при выявлении причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, которые согласно установленной последовательности в отношении форм контроля могут быть выявлены только при проведении МЭК, согласно норме абз. 1 п. 168 Правил ОМС (в редакции, действовавшей в спорный период) фондом могли быть проведены более углубленные формы контроля - МЭЭ или ЭКМП;</p> <p>- из нормы абз. 4 п. 168 Правил ОМС (в редакции, действовавшей в спорный период) в системной связи с п. 27 Порядка контроля следует, что только по результатам проведенных до истечения 25-дневного срока на оплату счета медицинской организации медико-экономических экспертиз могут применяться меры, предусмотренные ст. 41 Закона N 326-ФЗ в виде уменьшения подлежащей оплате суммы счета;</p> <p>- те МЭЭ, на которые ссылается фонд, предусмотрены п.п. 171, 172 Правил ОМС (в редакции, действовавшей в спорный период) и проводятся фондом не в целях проверки качества оказанной медпомощи и применения к медорганизации мер взыскания, предусмотренных ст. 41 Закона N 326-ФЗ (п. 167, 168 Правил ОМС в редакции, действовавшей в спорный период), а в целях урегулирования финансовых разногласий между ТФОМС по месту страхования и месту оказания медпомощи;</p> <p>- как следует из содержания п. 170-174 Правил ОМС (в редакции, действовавшей в спорный период), медорганизация не является участницей данной согласительной процедуры между фондами, более того, указанными положениями Правил ОМС не предусмотрено применение к медорганизации каких-либо мер взыскания по ее результатам;</p> <p>- таким образом, фонд производил удержания денежных средств исключительно на основании результатов МЭК терфондов по месту страхования, проведенных в отношении счетов самого фонда</p>
<p>счета клиники за оказанную в спорные периоды медпомощь будут оплачены после получения денежных средств от других ТФОМС</p>	<p>- результаты МЭК фондов по месту страхования не могут являться основанием для удержания средств, предусмотренных нормой п. 1 ст. 41 Закона N 326-ФЗ;</p> <p>- бездействие фонда, который не оспаривает наличие задолженности за медпомощь, но при этом не производит ее погашение, ссылаясь на неполучение денежных средств от ТФОМСов по месту страхования, противоречит норме п. 8 ст. 34 Закона N 326-ФЗ и разделу X Правил ОМС, регулирующих порядок расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ;</p> <p>- из буквального смысла указанных норм следует, что сначала фонд в течение 25 рабочих дней с момента получения счета клиники обязан произвести его оплату, и только в последующем ТФОМСы по месту</p>

страхования производят возмещение средств ТФОМСу по месту оказания медицинской помощи.
--

Верховный Суд РФ, изучив жалобу ТФОМС, истребовал дело из арбитражного суда региона, но по его изучении не нашел нарушений норм материального права и (или) норм процессуального права, повлиявших на исход дела, и отказал фонду в пересмотре спора.

2. Даже при огромной "нецелевке" по ОМС можно рассчитывать на снижение штрафных санкций

Решение Арбитражного суда Томской области от 12.08.2022 по делу N А67-5023/2022

Проверка ТФОМС выявила в районной больнице около десятка нарушений целевого характера страховых средств:

- оплата расходов по утилизации автомобилей;
- оплата обучения по теме "Профпатология. Профессиональные риски. Охрана труда работающих" и по программе "Противодействие терроризму";
- оплату услуг по уничтожению наркотических лекарственных средств, используемых для оказания медпомощи в амбулаторных условиях;
- изготовление бланков "Санаторно-курортная карта детей", "Извещение в РОВД", "Справка для психиатра", "Справка о результатах химико-токсикологических исследований", "Медицинская справка в пионерский лагерь", "Акт мед. освидетельствования лица при аресте", "Карта приема противотуберкулезных препаратов" и др;
- оплата услуг по проведению торжественного собрания ко Дню медработника;
- выплата единовременных пособий работникам в связи с переездом на работу в местности, приравненные к районам Крайнего Севера;
- компенсация работникам стоимости проезда и провоза багажа к месту использования отпуска и обратно;
- выплата материальной помощи, не предусмотренной нормативными документами, и в завышенном размере.

Общая сумма нецелевых расходов превысила 3 млн рублей. Соответственно, и сумма предусмотренного за это штрафа оказалась немалой - свыше 300 тыс. рублей. Плюс к этому набегали пени - более 130 тыс. рублей.

Учреждение признало "нецелевку" и готово было ее возместить, но просило суд уменьшить штрафные санкции. Учитывая социально значимую деятельность больницы и тот факт, что допущенные нарушения не повлекли существенных негативных последствий для бюджета Фонда, суд счет возможным уменьшить штраф и пени в 10 раз.

3. Верховный Суд отменил решения нижестоящих судов и полностью отказал во взыскании средств ОМС за сверхобъемную медицинскую помощь, поскольку отказы в перераспределении объемов медпомощи не оспаривались

Определение Верховного Суда РФ от 31 августа 2022 г. N 302-ЭС22-6708

Тройка судей СК ЭС ВС РФ пересмотрела дело о взыскании более 7,5 млн рублей (задолженность и пени) по договору на оказание и оплату медпомощи по ОМС.

Долг образовался в связи с неоплатой медицинской помощи, которую медорганизация оказала сверх объемов, определенных ей решением комиссии по разработке терпрограммы ОМС. СМО отказала в оплате исключительно по результатам МЭК, спорная медпомощь не экспертировалась.

Суды трех инстанций поддержали позицию медорганизации:

- СМО могла (и даже должна была, по мнению суда первой инстанции) провести проверку объема и качества оказания услуг сверх установленного объема,
- СМО от исполнения этой обязанности уклонилась,
- стало быть, у СМО нет доказательств, что спорная сверхобъемная медпомощь была некачественной,
- следовательно, следует применить правовую позицию Верховного Суда РФ, сформированную в п. 28 Обзора судебной практики ВС РФ N 4 (2018) (утв. Президиумом ВС РФ 26.12.2018), а именно - при отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медорганизацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи, медуслуги, оказанные сверх объема, установленного решением комиссии по разработке терпрограммы ОМС, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами ОМС страховой медицинской организацией.

Позднее (летом 2022 года, спустя 4 месяца после вынесения постановления судом кассационной инстанции) упомянутый п. 28 Обзора был из него исключен, а еще через месяц ВС РФ решил пересмотреть дело.

При пересмотре медорганизации было полностью отказано со ссылкой на то, что медорганизация не обжаловала отказы теркомиссии в перераспределении объемов медпомощи:

- согласно ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС оплата медпомощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медорганизацией реестров счетов и счетов на оплату осуществляется в соответствии с порядком оплаты медпомощи по ОМС, установленным правилами ОМС. Применительно к спорному периоду такой порядок был установлен в Правилах ОМС, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н, и по п. 123 Правил ОМС оплате за счет средств ОМС подлежит объем предоставления медицинской помощи, **установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой;**

- при этом оплата медпомощи сверх объемов, установленных Комиссией, для СМО является нецелевым расходованием средств ОМС, за которое в отношении СМО предусмотрены санкции в виде уменьшения финансирования на 100% суммы нецелевого использования средств и штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств;

- исходя из смыслового содержания ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС и аналогичных положений, воспроизведенных в п. 110 Правил ОМС, **оплата медпомощи, оказанной застрахованному лицу, за пределами объемов, установленных решением Комиссии, не предусмотрена;**

- размер исковых требований в данном деле состоит из стоимости медпомощи, предъявленной сверх объемов предоставления медпомощи за период с января по сентябрь 2017 г., уменьшенной на сумму, выделенную медорганизации дополнительно Комиссией в связи с корректировкой объемов, о чем были заключены дополнительные соглашения к договору на

оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (октябрь - ноябрь 2017 г.), и стоимости медицинской помощи, предъявленной сверх объемов за декабрь 2017 г.;

- таким образом, законодательством предусмотрены необходимые правовые **инструменты** для взаимодействия участников программы ОМС - сторон соответствующего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и **для обоснованной корректировки** распределенного Комиссией объема медпомощи;

- поскольку принятие решений по распределению объемов предоставления медпомощи, их оперативной корректировке, распределению финансовых средств между СМО и между медорганизациями относится к полномочиям Комиссии, то истец-медорганизация вправе была **своевременно обжаловать имевшие место отказы Комиссии** в выделении дополнительных объемов медпомощи и финобеспечения;

- из судебных актов следует, что подобный механизм медорганизация не использовала, **решения Комиссии не обжаловала**, условия действующего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в установленном порядке не пересматривались и не изменялись применительно к спорному превышению объема медпомощи по терпрограмме ОМС и в отличие от иных случаев скорректированных объемов в 2017 г.;

- ошибочно считая, что предъявление к оплате реестров счетов и счетов на оплату медпомощи, виды которой входят в терпрограмму ОМС, являются достаточным основанием для возложения на СМО обязанности её оплатить (то есть применив действующий п. 28 Обзора судпрактики ВС РФ N 4 за 2018 год), суды **не применили нормы права в их правильном истолковании** и оставили без внимания также то, что факт оказания застрахованному лицу медпомощи в медицинской организации, согласно абз. 9 п. 67 Порядка организации и проведения контроля, подтверждается первичной медицинской документацией, которая истцом не предъявлялась ни страховой медицинской организации, ни суду.

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

1. Если инвалид II группы отказался от федерального льготного лекарственного обеспечения и получает денежную компенсацию за лекарства, имеет ли он право получать бесплатные лекарства как региональный льготник?

Принятие нормативно-правовых актов субъектов РФ по льготному лекарственному обеспечению населения позволяет не только обеспечить региональных льготников, но и в какой-то мере за счет регионального бюджета продолжить лекарственное обеспечение пациентов, отказавшихся от ОНЛП, но относящихся к категории региональных льготников согласно перечню, определенному в субъекте РФ.

Граждане, указанные в региональном перечне, имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение независимо от наличия группы инвалидности или отказа от социального пакета льгот.

Финансирование расходов по лекарственному обеспечению таких граждан осуществляется за счет средств бюджета субъекта РФ.

"В связи с отказом федеральных льготников от набора соцуслуг в пользу ежемесячной денежной выплаты (далее - ЕДВ) страдают также и региональные льготники, имеющие право на бесплатное лекарственное обеспечение только в рамках п. 5 постановления Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения", считает заместитель председателя Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека Евгений Бобров.

Напомним, что, к примеру, инвалиды, дети-инвалиды, блокадники, участники и ветераны войн, "чернобыльцы" и "семипалатинцы" имеют право на получение социальной услуги по лекарственному обеспечению по двум основаниям и из двух источников финансирования: из федерального бюджета (ст. 4.1 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"; далее - Закон о государственной социальной помощи) и по региональной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (постановление Правительства РФ N 890). Однако ветераны войны и труда, многодетные и малоимущие семьи, а также беременные женщины и безработные имеют право на дополнительные льготы на получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения только за счет региональной программы помощи гражданам (абзац 4 п. 5 постановления Правительства РФ N 890). "При этом в случае отказа от получения лекарств по федеральной программе в пользу ЕДВ федеральные льготники полностью получают необходимые лекарства за счет средств регионального бюджета. Это уменьшает объем финансирования лекарственного обеспечения граждан, которые не имеют права на предоставление набора социальных услуг или денежной компенсации, и обеспечиваются бесплатными лекарствами только за счет средств регионального бюджета", - пояснил Бобров".

Ответ подготовил:
Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ
Дзитовецкий Максим

2. Какая должна быть информация на информационных стендах в больнице и поликлинике?

"Информационные стенды (стойки) медицинской организации располагаются в доступном для граждан месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией. На них в обязательном порядке располагается следующая информация:

1. Полное наименование медицинской организации, юридический адрес, телефон, адрес электронной почты, адрес сайта в сети "Интернет", режим работы.
2. Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации.
3. Виды оказываемой медицинской помощи. Копия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности (номер, дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией); наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа.
4. Режим работы медицинской организации.

5. Условия оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе сроки ожидания плановой медицинской помощи.
6. Показатели доступности и качества медицинской помощи.
7. Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ (Федеральный закон от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" - статья 14; Закон РФ от 15.01.1993 N 4301-1 "О статусе Героев Советского Союза, Героев РФ и полных кавалеров ордена Славы" - статья 4, Закон РФ от 15.05.1991 N 1244-1 "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС" - статья 14, Закон РФ "О внесении и дополнений в Закон РСФСР "О реабилитации жертв политических репрессий" - статья 16).
8. Информация об адресе, телефоне и часах работы ближайшей медицинской организации (вне зависимости от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы) и дежурной аптеке (аптеках).
9. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно.
10. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой со свободных цен.
В том числе должна быть размещена информация о порядке оказания медицинской помощи *лицам*, имеющим *право* на получение *государственной социальной помощи* в виде набора социальных услуг и обеспечение необходимыми *лекарственными препаратами* и медицинскими изделиями:
 - о перечне категорий *граждан*, имеющих *право* на получение *государственной социальной помощи* в виде набора социальных услуг, предоставляемых за счет средств федерального бюджета и бюджета субъекта РФ;
 - о перечне документов, предъявляемых гражданами в медицинскую организацию и необходимых для оформления рецептов на лекарственные препараты, медицинские изделия и специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов за счет средств федерального бюджета и бюджета субъекта РФ;
 - о перечне аптечных организаций, осуществляющих отпуск лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, выписанных гражданам.
11. Заверенная копия разрешения органа управления здравоохранением на оказание медицинской организацией платных медицинских услуг населению.
12. Заверенная руководителем медицинской организации копия перечня платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведений об условиях, порядке, форме предоставления платных медицинских услуг, порядке их оплаты.
13. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

Информация для граждан, размещенная на информационных стендах (стойках) в медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги, должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени.

14. Информация о Министерстве здравоохранения РФ, Управлении Росздравнадзора, Управлении Роспотребнадзора, Вышестоящем органе управления здравоохранением, территориальном фонде ОМС, органе социальной защиты населения и бюро медико-социальной экспертизы: почтовый адрес, интернет-сайт, электронная почта, телефоны, часы работы, телефоны "горячей линии", телефоны служб экстренной психологической помощи, др.

15. Информация о местонахождении книги жалоб и предложений, которая представляет собой типовой журнал, пронумерованный и сброшюрованный, а также скрепленный печатью медицинской организации и заверенный подписью руководителя медицинской организации.

Порядок рассмотрения жалоб и обращений граждан и организаций.

16. Копии:

- Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей";

- Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ"
- статьи 19, 20, 21, 27, 33-34;

- Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ" - статьи 9, 10, 16, 46;

- территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год, в том числе условия оказания медицинской помощи, сроки ожидания медицинской помощи, показатели доступности и качества медицинской помощи;

- постановления Правительства РФ от 06.03.2013 N 186 "Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ".

17. Информация о личном приеме граждан руководителем медицинской организации, его заместителями с указанием Ф.И.О., дней и часов приема, адреса, N кабинета и контактных телефонов. График приема в филиалах медицинской организации (при их наличии)" .

Ответ подготовил:
Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ
Горин Владимир

3. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 N 1094н утвержден Порядок назначения и выписки в том числе льготных рецептов. Может ли врач в амбулаторном медицинском учреждении выписать льготный рецепт иногороднему пациенту (на примере Томской области)?

По данному вопросу мы придерживаемся следующей позиции:

Гражданин, зарегистрированный по месту жительства на территории другого субъекта РФ, может получать рецепты на бесплатные лекарства в амбулаторном медицинском учреждении Томской области, к которому он прикреплен.

Обоснование позиции:

Согласно п. 5 ч. 1 ст. 29 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" организация охраны здоровья осуществляется путем, в частности, обеспечения определенных категорий граждан РФ лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством РФ.

Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения" утвержден Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно. При этом согласно разделу V Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. N 2505, обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством РФ отпускаются по рецептам врачей бесплатно, осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ.

Тем не менее обратим внимание, что Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержденный Постановлением N 890, является федеральным. Поэтому предоставление перечисленным в нем гражданам бесплатных лекарственных средств не является т.н. региональной мерой социальной поддержки (т.е. льготой, предоставляемой в отдельном субъекте РФ), несмотря на механизм финансирования из регионального бюджета.

Названные нормативные акты не связывают возможность реализации гражданином права на бесплатное обеспечение лекарственными средствами с обязательной регистрацией по месту жительства в субъекте РФ, в лечебное учреждение которого гражданин обратился за льготным рецептом. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков" также не содержит каких-либо ограничений, указывая лишь, что назначение лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом, на рецептурном бланке N 148-1/у-04(л), который требует указания источника финансирования: федеральный бюджет, бюджет субъекта РФ, муниципальный бюджет (пп. 1, 35 Порядка назначения лекарственных препаратов). Тем не менее указание в

рассматриваемой ситуации бюджета субъекта РФ как источника финансирования прямо не свидетельствует об интересующем нас ограничении применения данного приказа к иногородним гражданам.

В то же время в соответствии с ч. 2 ст. 3 Закона РФ от 25 июня 1993 г. N 5242-1 "О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации" регистрация или отсутствие таковой не может служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией РФ, федеральными законами, конституциями (уставами) и законами субъектов РФ.

Законом Томской области от 14 марта 2016 г. N 2-ОЗ "О лекарственном обеспечении населения Томской области" предусмотрено, что лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются бесплатно по рецептам, выписанным врачами (фельдшерами) при амбулаторном лечении, проживающим на территории Томской области гражданам определенных категорий, в т.ч. лицам, страдающим заболеваниями, перечень которых утвержден Постановлением N 890 (подп. "а" п. 1 ч. 2 ст. 9). Однако ввиду вышеприведенного положения Закона РФ N 5242-1 мы полагаем, что фразу "проживающим на территории Томской области гражданам" нельзя толковать в пользу того, что право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами обусловлено обязательной регистрацией гражданина по месту жительства в Томской области. Более того, согласно ч. 3 ст. 9 данного закона порядок бесплатного обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями при амбулаторном лечении устанавливается Администрацией Томской области. А соответствующий Порядок, утвержденный постановлением Администрации Томской области от 11 апреля 2018 г. N 161а, регистрацию граждан по месту жительства вообще не упоминает.

Согласно п. 3 Порядка N 161а для получения лекарственного препарата гражданин обращается в медицинскую организацию по месту жительства (прикрепления) или в медицинскую организацию, в которой он получает специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Это соответствует общему принципу предоставления пациенту безусловного права на выбор врача и выбор медицинской организации (п. 1 ч. 5 ст. 19, ст. 22 Закона N 323-ФЗ). При этом выбор медицинской организации возможен и за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1342н.

Поэтому мы полагаем, что если гражданин прикрепился к амбулаторному медицинскому учреждению Томской области (осуществил выбор этой медицинской организации), то он может получать в этом учреждении рецепты на бесплатные лекарства, несмотря на свою регистрацию по месту жительства в другом субъекте РФ.

Нам удалось обнаружить подтверждение этой позиции в судебной практике. Так, в кассационном определении от 06 октября 2021 г. по делу N 8а-19953/2021[88а-22253/2021] СК по административным делам Второго кассационного суда общей юрисдикции прямо указала, что обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями осуществляется согласно выписанным рецептам врачей медицинской организации, в которой указанный гражданин наблюдается. Соблюдение указанного порядка прикрепления к медицинскому учреждению и обращения к врачу указанного учреждения является обязательным. А апелляционным определением СК по гражданским делам Московского областного суда от 21 февраля 2022 г. по делу N 33-6253/2022 с больницы, к которой была прикреплена иногородняя гражданка, была взыскана компенсация морального вреда за отказ в выдаче льготного рецепта.

Однако более обширная судебная практика по вопросу, в т.ч. с противоположной позицией, не обнаружена. Поэтому все же рекомендуем обратиться за официальными разъяснениями в контролирующие органы.

**. Ответ подготовил:
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ
Прибыткова Мария**