



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

# ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

МАРТ 2024 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ  
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

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

## **ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ**

**Март 2024 года. Выпуск №3 (43)**

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

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

|                                                                                                                                                                                          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>I. ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании «ГАРАНТ»)</b> .....                                                                                                      | <b>2</b> |
| 1. Комиссия по разработке терпрограммы ОМС не обязана выделять диализному центру объемы медпомощи по лекарственной терапии пациентам, получающим диализ .....                            | 2        |
| 2. Подушевое финансирование амбулаторной медпомощи в рамках ОМС рассчитывается исходя из заявлений граждан о прикреплении к медорганизации, а не количества проживающего населения ..... | 3        |
| 3. Материальную помощь медработникам нельзя уплачивать из средств ОМС .....                                                                                                              | 5        |
| <b>II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)</b> .....                                                                                                         | <b>6</b> |
| 1. Можно ли использовать средства ОМС на капремонт и покупку медоборудования, на аренду и лизинг, на уплату штрафов и пени? .....                                                        | 6        |
| 2. В ИДС должна быть раскрыта информация об альтернативных методах лечения? .....                                                                                                        | 8        |
| 3. Медуслуги или медпомощь? В Госдуму внесен очередной проект "противников" медуслуг .....                                                                                               | 9        |

**Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»**

**При поддержке компании ООО «Новартис Фарма»**

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

## **1. Комиссия по разработке терпрограммы ОМС не обязана выделять диализному центру объемы медпомощи по лекарственной терапии пациентам, получающим диализ**

### **Определение Верховного Суда РФ от 8 февраля 2024 г. N 308-ЭС24-457**

Диализный центр (оказывает в рамках ОМС услуги проведения заместительной почечной терапии методом гемодиализа лицам, страдающим хронической болезнью почек 5 стадии) обратился с заявлением к региональному правительству в лице комиссии по разработке терпрограммы ОМС и ТФОМС о признании незаконным бездействия по нерассмотрению его обращений о перераспределении объемов медпомощи, а фактически - о включении центра в терпрограмму оказания медпомощи в части оказания лекарственной терапии больным, получающим диализ.

При этом центр исходил из следующего:

- его пациенты жаловались на то, что не получают на регулярной основе лекарственное обеспечение по системе дополнительного лекарственного обеспечения, поскольку из-за эпидемии COVID имеется дефицит лекарственных препаратов, в том числе дорогостоящих,

- между тем, у центра имеется возможность организовать лекарственное обеспечение этих пациентов,

- так почему бы не выделить центру соответствующие объемы и не снабжать пациентов лекарствами за счет средств ОМС?

Однако все инстанции пришли к выводу, что для удовлетворения заявления нет оснований:

- согласно совместным письмам Минздрава России и ФФОМС "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС" N 11-7/и/2-11779, N 17033/26-2/и от 12.12.2019; N 11-7/и/2-20691, N 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020; N 11-7/и/2-1631 от 04.02.2022 при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа. При лечении в круглосуточном или дневном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях;

- центру ежегодно устанавливаются объемы медицинской помощи на проведение процедур гемодиализа в условиях амбулаторно - поликлинической помощи. При оказании амбулаторной медпомощи медорганизация не обязана снабжать пациента лекарствами;

- тарифными соглашениями об оплате медпомощи по ОМС в области на соответствующие годы оплата диализа в условиях дневного стационара не предусматривалась, а в терпрограммы

ОМС не входили расходы на обеспечение лекарственными препаратами при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

- законодательство об ОМС исключает возможность выделения медицинским организациям объемов, превышающих утвержденной территориальной программой ОМС;

- ни Федеральным законом N 326-ФЗ, ни областным законодательством не установлена обязанность ТФОМС области финансировать иные, кроме территориальной программы ОМС, программы, утверждаемые правительством области, в том числе программу дополнительного лекарственного обеспечения;

- суд не может в данном случае подменять собой Комиссию по разработке терпрограммы ОМС и обязать ее перераспределить диализному центру объемы медицинской помощи и финансовые средства на проведение процедур гемодиализа с учетом требований ч. 10 ст. 36 Федерального закона N 326-ФЗ, поскольку проверка обращений центра по указанному вопросу осуществляется в рамках административной процедуры, предусмотренной указанным Федеральным законом;

- обязательность удовлетворения предложений медорганизаций по распределению объемов медпомощи в соответствии с их предложениями действующим законодательством не предусмотрена;

- наконец, основаниями заявленных в настоящем деле требований центр, по сути, называет нарушение прав пациентов на получение предлагаемых им лекарственных препаратов за счет ТФОМС, выступая тем самым в защиту неопределенного круга лиц. Однако это не только не свидетельствует о нарушении его охраняемых законом прав и интересов при осуществлении своей предпринимательской деятельности, но и не относится к полномочиям диализного центра. Такими полномочиями в данном случае обладает прокурор как лицо, осуществляющий надзор за исполнением законов, но никак не субъекты предпринимательской деятельности, претендующие на получение из территориальной программы медицинского страхования сверх оговоренных в установленном законом порядке лимитов.

Верховный Суд РФ отказал диализному центру в пересмотре дела.

## **2. Подушевое финансирование амбулаторной медпомощи в рамках ОМС рассчитывается исходя из заявлений граждан о прикреплении к медорганизации, а не количества проживающего населения**

**Определение Конституционного Суда РФ от 27 декабря 2023 г. N 3469-О**

**Постановление АС Северо-Западного округа от 31 октября 2022 г. N Ф07-12397/22**

Поликлинику обязали вернуть в бюджет ТФОМС более 38 млн рублей неосновательного обогащения, которое образовалось следующим образом:

- поликлиника внесена в реестр медорганизаций сферы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы ОМС, с указанием способа оплаты - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за посещение, посещение в неотложной форме, обращение;

- Комиссия по формированию терпрограммы ОМС распределила поликлинике объем медпомощи на очередной год с учетом обслуживаемого **по территориально-участковому принципу** населения в количестве более 57 тысяч человек (установлено приказом регионального ОУЗ об утверждении Перечня зон обслуживания населения). С учетом данного количества застрахованных проживающих и подушевого норматива финансирования (123 рубля на человека в месяц) поликлинике были выделены средства ОМС на оказание медицинской помощи;

- однако в течение календарного года ТФОМС провел несколько сверок **прикрепленных** к поликлинике граждан, в результате которых установил, что их количество не дотягивает даже до 10 000 человек. При этом для учета гражданина как прикрепленного к поликлинике ТФОМС опирался исключительно на заявление гражданина о прикреплении к поликлинике с целью получения медицинской помощи;

- на этом основании ТФОМС счел, что поликлиника получила неосновательное обогащение - в виде подушевого финансирования на граждан, которые прикреплены к поликлинике по основании приказа регионального ОУЗ (а также ряда иных региональных актов) и отражены в этом качестве в ЕГИСЗ, но сами при этом не написали заявления о прикреплении.

Суды трех инстанций согласились с позицией ТФОМС (Верховный Суд РФ отказался пересматривать дело):

- Тарифным соглашением определены способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе установлен порядок оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

- однако приказом регионального ОУЗ, в соответствии с которым Комиссией распределялись объемы медпомощи и определялось подушевое финансирование, утвержден перечень зон обслуживания населения, но **не производилось автоматическое закрепление за медицинской организацией** населения в количестве 57 947 человек, поскольку прикрепление к медицинской организации физических лиц производится в добровольном порядке;

- между тем согласно тарифному соглашению предельный размер финансового обеспечения медорганизации, имеющей прикрепившихся лиц (в рублях), рассчитывается исходя из численности застрахованных лиц, прикрепленных к данной медорганизации, а реальное финансирование поликлиники произведено по подушевому нормативу финансирования из расчета 57 947 человек без учета фактической численности прикрепленных лиц. Произведенный объем финансирования был связан с тем, что в нарушение условий договора информация о численности застрахованных лиц и документы, подтверждающие численность лиц, выбравших поликлинику как медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, от медицинской организации за указанный период не поступали;

- принимая во внимание, что доказательства фактического оказания поликлиникой медицинских услуг в спорный период времени населению в количестве 57 947 человек в материалы дела не представлены, суды пришли к правомерному выводу, что **остальные граждане, не обращавшиеся в спорный период времени в указанную медицинскую организацию, прикреплены и обслуживались в других медицинских организациях,**

- следовательно, спорные 38,5 млн рублей действительно являются неосновательным обогащением поликлиники.

Поликлиника обратилась в Конституционный Суд РФ с жалобой на конституционность подпункта 3 ст. 1103 ГК РФ (о применимости норм о неосновательном обогащении к требованиям одной стороны в обязательстве к другой о возврате исполненного в связи с этим обязательством), поскольку по смыслу, приданному ей правоприменительной практикой, данная норма является основанием для взыскания с медицинской организации денежных средств, выделенных на основании решений уполномоченных органов, не

признанных незаконными, и при отсутствии бюджетных нарушений, что противоречит ст. 35 Конституции РФ (о гарантиях прав собственности).

Конституционный Суд РФ не принял жалобу к рассмотрению:

- содержащееся в главе 60 ГК РФ правовое регулирование отношений по обязательствам, возникающим вследствие неосновательного обогащения, не исключает возможности использования института неосновательного обогащения за пределами гражданско-правовой сферы и обеспечения с его помощью баланса публичных и частных интересов, отвечающего конституционным требованиям (постановления от 24.03.2017 N 9-П, от 11.01.2022 N 1-П);

- следовательно, данная норма не может рассматриваться в качестве нарушающей конституционные права поликлиники, в деле с участием которой установлено, что объем медицинской помощи определялся с учетом числа прикрепленных к ней лиц, при этом фактически поликлиника не оказала медицинских услуг в спорный период населению в количестве, соответствующем объему осуществленного финансирования.

### **3. Материальную помощь медработникам нельзя уплачивать из средств ОМС**

#### **Определение Верховного Суда РФ от 5 февраля 2024 г. N 306-ЭС23-20466**

Поликлиника не смогла оспорить представление регионального казначейства об обеспечении возврата в бюджет ТФОМС средств ОМС, использованных не по целевому назначению - на выплату материальной помощи медицинским работникам поликлиники:

- пунктом 5 ч. 2 ст. 20 Закона об ОМС установлено, что медорганизации обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС. Согласно ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя, в том числе расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты. В силу пп. 1 п. 186 Правил ОМС N 108н, тариф на оплату медпомощи включает в себя, в том числе, расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

- территориальной программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи установлено, что структура тарифа на оплату медпомощи, оказанной в рамках терпрограммы ОМС, включает в себя, в том числе, расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты. Расходование средств ОМС (расходы, входящие в структуру тарифа на оплату медпомощи) производится медорганизациями по соответствующим статьям (подстатьям) расходов и включает: расходы на заработную плату, включая денежные выплаты ряду медработников за оказанную медпомощь в амбулаторных условиях, за оказанную скорую медпомощь вне медорганизации; денежные выплаты за проведение профилактических медосмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с трудовым законодательством РФ с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени; начисления на оплату труда, прочие выплаты;

- установлено, что согласно приказам поликлиники и регионального ОУЗ поликлиникой осуществлено начисление материальной помощи по различным основаниям за счет средств ОМС в 24-х случаях на общую сумму более 400 000 руб;

- однако к материальной помощи относятся такие выплаты, которые не связаны с выполнением получателем трудовой функции и направлены на удовлетворение его социальных

потребностей, обусловленных возникновением трудной жизненной ситуации или наступлением определенного события. Материальная помощь выдается работнику организации для личных нужд и не является оплатой труда за фактически отработанное время. Выплата материальной помощи связана исключительно с возможностями работодателя;

- таким образом, поликлиникой спорные средства ОМС использованы не по целевому назначению, а именно, на выплату материальной помощи, не предусмотренной Терпрограммой госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи;

- тот факт, что областным Положением об оплате труда работников медорганизаций, подведомственных региональному ОУЗ, установлено, что фонд оплаты труда формируется с учетом средств, поступающих от приносящей доход деятельности, включая средства, полученные на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, не влияет на квалификацию спорных трат как нецелевых;

- начисленные поликлиникой суммы материальной помощи нельзя также отнести к "прочим выплатам", включенным в структуру тарифа на оплату медпомощи, поскольку включены согласно Порядку применения КОСГУ, утвержденному приказом Минфина РФ от 29.11.2017 N 209н, материальная помощь не относится к прочим выплатам.

Верховный Суд РФ отказал поликлинике в пересмотре дела.

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

### **1. Можно ли использовать средства ОМС на капремонт и покупку медоборудования, на аренду и лизинг, на уплату штрафов и пени?**

#### **Письмо ФФОМС от 16 января 2024 г. N 00-10-101-2-06/451**

Федеральный фонд ОМС изложил свой взгляд относительно использования страховых средств для оплаты некоторых спорных, но так необходимых медицинской организации расходов.

Напомним, что при оценке возможности использовать средства ОМС для оплаты тех или иных расходов медорганизации целесообразно проанализировать:

- требуются ли такие расходы для обеспечения медицинской деятельности учреждения, будут ли они направлены - непосредственно или косвенно - на оказание медицинских услуг по программе ОМС;

- входят ли такие расходы (вид расходов) в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, установленную Законом N 326-ФЗ. Разъяснения о составе затрат изложены в Правилах ОМС N 108н. Также структура тарифа, а в ряде случаев и запрет на оплату за счет средств ОМС определенных расходов содержатся в ежегодных постановлениях Правительства РФ об оказании гарантированной бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС и Тарифных соглашениях по ОМС субъектов РФ.

#### **Капитальный ремонт оборудования**

Расходы на капремонт оборудования, в том числе медицинского, не могут оплачиваться за счет средств ОМС. Свою позицию Фонд основывает на положениях Правил N 108н,

дозволяющих осуществлять за счет средств ОМС только текущий ремонт движимого имущества (оборудования). Кроме того, во многих регионах (например, в Мурманской и Орловской областях) Тарифные соглашения по ОМС однозначно определяют запрет на любые расходы капитального характера.

Между тем, Фонд напоминает, что финансовое обеспечение мероприятий по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования медучреждения могут получить из средств нормированного страхового запаса, сформированного в составе расходов бюджета ТФОМС.

### **Аренда и лизинг**

Расходы на арендные и лизинговые платежи без ограничения размера платежа за один объект можно оплачивать по ОМС, только если договор аренды был заключен до 10 января 2023 года - именно с этой даты в Правила N 108н было введено ограничение по лизинговым платежам за счет средств ОМС до 1 млн руб. в год. Использование такого подхода (в зависимости от даты заключения договора лизинга) мы рекомендовали ранее.

Кстати, ранее в письме от 23.03.2023 N 00-10-26-1-06/4248 ФФОМС разъяснял особенности применения нормы положений Правил N 108н в случае, если договор лизинга был заключен до 10 января 2023 года, но в дальнейшем - после указанной даты - в него были внесены изменения (ГК РФ позволяет это сделать). Так, если в числе прочего корректировались договоренности, связанные с ежемесячными / годовыми лизинговыми платежами, то к ним следует применить ограничения, установленные в редакции Правил N 108н, действующие на момент принятия изменений.

### **Приобретение основных средств медорганизациями, оказывающими ВМП**

В 2022 году медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медпомощь по видам, включенным в базовую программу ОМС, могли покупать основные средства без ограничения стоимости единицы изделия при условии, что эти основные средства необходимы для оказания ВМП. Почему речь идет именно о 2022 году? Дело в том, что в рамках ежегодно утверждаемой Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для Перечня видов ВМП определяется самостоятельный норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления этой помощи, который не содержит ограничений по стоимости закупки основного средства. Однако в 2022 году по техническим причинам эта норма "потерялась", в результате чего возникла неопределенность. Теперь ФФОМС разъяснил, что и 2022 год в этом вопросе не является исключением.

### **Пени и штрафы**

Расходы на уплату финансовых санкций (штрафов, пени), в т.ч. по результатам контрольно-экспертных мероприятий, проведенных страховыми медицинскими организациями, можно оплачивать за счет любого источника, включая средства ОМС. Так считает ФФОМС.

Однако, по нашему мнению, указанные расходы за счет средств ОМС могут осуществляться с большой долей осторожности. Да, действительно, как подчеркивает Фонд, структура тарифа включает "прочие расходы". И отчетность об использовании средств ОМС предусматривает возможность отражения расходов по КОСГУ 290.

Важно помнить, что медорганизация обязана использовать страховые средства, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС (за исключением остатка средств прошлого года - для этих средств определен отдельный алгоритм согласования).

Исходя из этого, наша позиция определяется следующим образом.

Штрафы - это мера ответственности организации за невыполнение или некачественное выполнение правил ведения хозяйственной деятельности, определенных законодательством, или взятых на себя обязательств.

Учреждения бюджетной сферы начисление и оплату штрафов за нарушение законодательства или по долговым обязательствам отражают с использованием статьи 290 "Прочие расходы" КОСГУ. Структура тарифа на оплату медпомощи по ОМС также содержит допустимый вид расхода "прочие". Однако это не равнозначные расходы. Экономический смысл "прочих расходов", которые допустимо оплачивать за счет средств ОМС, раскрыт в положениях Правил N 108н. Речь, в частности, идет о прочих затратах на общехозяйственные нужды, без которых деятельность учреждения по оказанию медицинской помощи по программе ОМС невозможна или затруднительна. Экономические санкции (в т.ч. штрафы) нельзя рассматривать как общехозяйственные расходы, необходимые для реализации программы ОМС. Напротив, они являются мерой воздействия за выявленные нарушения в этой сфере.

Добавим, что некоторые регионы выставили прямой запрет на осуществление таких расходов за счет страховых средств (см., например, Тарифные соглашения по ОМС на 2024 год Республики Адыгея, Липецкой области). А Тарифное соглашение - 2024 Пермского края допускает уплату за счет ОМС штрафов за нарушение законодательства о закупках, а также уплату штрафных санкций за нарушение условий контрактов / договоров по поставке товаров, выполнению работ, оказанию услуг.

По нашему мнению, для оплаты штрафов и пеней, как меры ответственности за нарушения при осуществлении финансово-хозяйственной деятельности, наиболее предпочтительным и безопасным будет использование средств от приносящей доход деятельности (КФО 2). И лишь когда Тарифное соглашение содержит указание на возможность использования средств ОМС для оплаты финансовых санкций, или суд определил средства ОМС как единственный источник, за счет которого медорганизация может оплатить выставленные санкции, на наш взгляд, у организации будет право привлечь на эти цели страховые средства.

Кстати, такой подход подтверждает и судебная практика (см. постановление Семнадцатого ААС от 19.04.2019 N 17АП-3365/19, решение АС Республики Коми от 24.05.2022 по делу N А29-3563/2022).

Обратите внимание: указание в письме на допустимость использования средств ОМС для оплаты санкций - лишь мнение ФФОМС. В преамбуле своего письма Фонд подчеркнул, что не наделен полномочиями по официальному разъяснению законодательства и практики его применения. Письмо ФФОМС не является нормативным правовым актом, а приведенные в нем разъяснения носят рекомендательный характер.

## **2. В ИДС должна быть раскрыта информация об альтернативных методах лечения?**

**Определение Конституционного Суда РФ от 30 января 2024 г. N 124-О**  
**Апелляционное определение СКГД Архангельского областного суда от 28 июля 2022 г. по делу N 33-4242/2022**

Конституционный Суд РФ выпустил отказное определение об оспаривании ряда положений Закона об основах охраны здоровья граждан, в том числе ч. 1 ст. 20 "Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства". По мнению заявительницы, оспариваемые нормы во взаимосвязи со ст. 10 Закона о защите прав потребителей ("Информация о товарах (работах, услугах)") не соответствуют ст. 41 Конституции РФ в той мере, в какой они позволяют медицинской организации не предоставлять пациенту подробную и полную информацию не только о **последствиях** совершения повторного оперативного вмешательства, **но и об иных, альтернативных, способах лечения.**

Поводом к обращению в Конституционный Суд РФ стал проигрыш гражданского дела по иску к стоматологической клинике о возврате уплаченных за имплантацию средств: к сожалению, имевшиеся у истца зубные имплантаты не позволяли повторно изготовить на них керамические коронки, и поэтому клиника предложила на выбор два варианта - или удалить имеющиеся имплантаты и поставить новые - но без гарантий приживления, или изготовить съемные протезы. Пациентка выбрала первый вариант, но имплантаты, действительно, не прижились и впоследствии были удалены. Сочтя, что операция по повторному вживлению имплантатов была бессмысленной тратой денег, пациентка потребовала их возврата, но суд в этом убедить не смогла, - клиника доказала, что пациентку предупреждали о риске неприживления, что ей предлагали два варианта лечения, что она осознанно выбрала более рискованный. При этом судебная экспертиза не нашла никаких дефектов в спорной медицинской помощи и подтвердила, что противопоказаний для протезирования с возможностью наращивания костной ткани в области зубов не было, однако предсказать результат операции для каждого конкретного пациента (приживление или отторжение) наука пока не в состоянии.

Таким образом, причиной своего процессуального поражения пациентка, очевидно, считала не очень подробное информированное добровольное согласие на стоматологическую операцию:

- хотя в деле с ее участием суд установил, что согласно информационному согласию на проведение операции пациентке были разъяснено, что есть альтернативные методы лечения, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после операции;

- в то же время в своей апелляционной жалобе стоматологическая клиника как раз указывала, что законодательство не требует вносить в медицинскую карту пациента все возможные варианты (в том числе и альтернативные) лечения, и не требует брать от пациента письменный отказ от предложенных альтернативных методах лечения при наличии выбранного варианта лечения,

- следовательно, суть альтернативного метода лечения, возможно, не была зафиксирована в ИДС.

Отказывая в рассмотрении жалобы, Конституционный Суд РФ отметил, что спорные законоположения не освобождают медицинскую организацию от обязанности сообщать пациенту о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также **о возможных вариантах медицинского вмешательства** и о его последствиях.

### **3. Медуслуги или медпомощь? В Госдуму внесен очередной проект "противников" медуслуг**

#### **Проект федерального закона N 580179-8**

В Госдуму внесен еще один проект, направленный - если не на исключение - то хотя бы на "принижение" роли термина "медуслуга" в законодательстве о здравоохранении.

#### **Авторы предлагают:**

- изменить определение медпомощи. Сейчас под медпомощью понимается, по сути, комплекс медуслуг, вместо этого предложено следующее определение медицинской помощи: "комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя выполнение медицинского вмешательства или комплекса медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение",

- одновременно предложено новое определение термину "медицинская услуга". Напомним, что сейчас под таковой понимается "медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение". Вместо этого медицинской услугой предлагается считать "наименование медвмешательства или комплекса медвмешательств, используемое в целях финансового обеспечения оказания гражданам медпомощи и санаторно-курортного лечения, лицензирования медицинской деятельности, статистического наблюдения в сфере здравоохранения, а также в номенклатурах в сфере здравоохранения, для формирования клинических рекомендаций и стандартов медпомощи".

Кроме того, предложено дополнительно указать в Законе об основах охраны здоровья граждан, что отношения, возникающие при оказании гражданам медпомощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи, регулируются положениями данного Федерального закона, за исключением правоотношений, регулируемых иными законодательными актами (отметим, что в настоящий момент это уже именно так).

Ну и главное, - предложено ввести прямой запрет на применение положений Закона о защите прав потребителей к отношениям, возникающим при оказании гражданам медпомощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи, "за исключением правоотношений, регулируемых иными законодательными актами" (напомним, Закон о защите прав потребителей прямо не указывает на применимость своих норм к оказанию медпомощи, за которую платит система ОМС или госбюджет, но о необходимости применять "потребительские" нормы к отношениям по оказанию медпомощи в рамках ОМС высказывался Верховный Суд РФ: ведь строго говоря, данная медпомощь бесплатной вовсе не является, - медорганизация, которая ее оказала, получает оплату за свои услуги из бюджета (ОМС или регионального, федерального).

Предложенные поправки, по мнению авторов проекта, обусловлены двумя причинами:

- медпомощь - это не услуга, потому что она якобы не удовлетворяет потребности пациента в соответствии с его пожеланиями,

- а кроме того поправки моментально исключают возможность обвинения медработников по делам о ятрогенных преступлениях по ст. 238 УК РФ (Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности).