



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА  
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

# ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ФЕВРАЛЬ 2026 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ  
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

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

**ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ**

**Февраль 2026 года. Выпуск №2 (66)**

**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. Пациентка 5 месяцев не могла попасть на МРТ, но наказать решили клинику, которая выдала направление на исследование .....	2
2. ТФОМС обязан провести реЭКМП, если первая ЭКМП не проведена из-за отсутствия медкарт, которые вовремя не вернуло патолого-анатомическое бюро .....	3
3. Медпомощь нужно оплатить по тарифам, действовавшим на момент её оказания, даже если потом их изменили "задним числом" .....	4
<b>II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»).....</b>	<b>6</b>
1. У поликлиники нет заявлений пациентов о прикреплении? Это повод для штрафа от СМО? .....	6
2. Нужно ли при лечении фибрилляции и трепетания предсердий обязательно выполнять клинреки и по артериальной гипертензии? .....	7
3. Нужно ли переоформлять информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие, если произошло переименование организации, являющейся законным представителем несовершеннолетнего? Иные реквизиты остались прежними. Можно ли приложить копию приказа о переименовании учреждения-опекуна? .....	9

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

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

## 1. Пациентка 5 месяцев не могла попасть на МРТ, но наказать решили клинику, которая выдала направление на исследование

### Определение Верховного Суда РФ от 18 декабря 2025 г. N 305-ЭС25-12676

Пациентка частной клиники (работает в системе ОМС) получила одно за другим три направления на МРТ плечевого сустава. Но записаться на исследование не смогла: в течение пяти месяцев в электронной очереди не было ни одного свободного слота.

После жалобы пациентки в Минздрав РФ проблему быстро решили: как выразился впоследствии суд, "госучреждения преодолели сложившийся организационный пробел".

Однако СМО провела МЭЭ данного страхового случая, выявила нарушение срока ожидания медпомощи, предусмотренного ТП ОМС (код дефекта 2.18), и наложила на клинику штраф. Нарушение сроков, по мнению СМО, произошло из-за несоблюдения требований приказа Минздрава России от 02.12.2014 N 796н об оказании специализированной медпомощи и нескольких приказов регионального ОУЗ: врач, который оформил направление на МРТ, не согласовал возможность проведения исследований с указанием предварительной даты консультации или записи через ЕМИАС по системе врач-врач. С этим согласился ТФОМС (провел повторную МЭЭ).

Между тем, суд признал недействительным заключение ТФОМС по результатам повторной МЭЭ:

- в соответствии с Приказом Минздрава России от 02.12.2014 N 796н руководитель направляющей медорганизации обязан уведомить медорганизацию, оказывающую специализированную медпомощь, о направлении пациента, а также согласовать с ней возможность и сроки консультации, обследования, госпитализации пациента. Согласно п. 7 Приложения к Приказу руководитель направляющей медорганизации или иное уполномоченное им лицо обязан личной подписью заверить выданное лечащим врачом направление на госпитализацию в федеральную медорганизацию и с использованием доступных средств связи (телефон, телефон/факс, электронная почта) уведомить о направлении пациента в федеральную медорганизацию, оказывающую специализированную медпомощь, и согласовать с ней возможность и сроки госпитализации пациента;

- таким образом, Приказ N 796н обязывает предварительно согласовывать только госпитализацию пациентов, т.е. не имеет отношения к случаям направления на исследование. Кроме того, в соответствии с п. 5 Приказа данный порядок также распространяется только на федеральные медучреждения, а пациентку направляли в городские поликлиники;

- кроме того, заявитель - частная медорганизация - не относится к лечебным учреждениям, подведомственным региональному ОУЗ;

- кроме того, он не включен региональным ОУЗ в Перечень амбулаторно-поликлинических учреждений первого (городские поликлиники) и второго (амбулаторные центры) уровней, для которых были изданы упомянутые приказы ОУЗ;

- следовательно, спорные акты, неисполнение которых поставили в вину клинике, на неё не распространяются;

- тем более что и СМО с этим согласилась;

- наконец, сразу после жалобы пациентки её записали и провели исследование без предоставления клиникой дополнительных документов и пояснений, по ранее выданному бумажному направлению. Это прямо подтверждает отсутствие вины клиники в задержке исследования.

Верховный Суд РФ отклонил жалобу ТФОМС и отказался пересматривать дело.

Напомним, что в другом аналогичном деле крайней оказалась СМО: она не смогла оспорить штраф за плохое информационное сопровождение застрахованного лица, у которого была заминка с прохождением исследования.

## **2. ТФОМС обязан провести реЭКМП, если первая ЭКМП не проведена из-за отсутствия медкарт, которые вовремя не вернуло патолого-анатомическое бюро**

### **Постановление АС Восточно-Сибирского округа от 15 января 2026 г. N Ф02-4648/25**

СМО отказалась оплачивать больнице несколько случаев медпомощи, потому что больница не смогла представить в СМО медкарты своих пролеченных пациентов (код нарушения 2.12 "Непредставление меддокументации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медпомощи, без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медорганизацией соответствующего запроса СМО").

Больница же настаивала, что не виновата в отсутствии документов: медкарты вместе с телами умерших пациентов были отправлены в патолого-анатомическое бюро, которое не возвращает их в положенные сроки. Получив, наконец, эти медкарты, больница попросила ТФОМС о реэкспертизе, но ТФОМС ответил, что согласен со СМО, а проводить экспертизу спорных случаев не намерен.

Суды трех инстанций согласись, что права больницы нарушены:

- согласно Закону об ОМС, оказанная медицинская помощь не подлежит оплате, только если допущенные медорганизацией нарушения связаны с неоказанием, несвоевременным оказанием либо оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества. Отказ в оплате не допускается, если нарушения носят формальный характер;

- при применении кода нарушения 2.12 (непредставление для организации первичных контрольно-экспертных мероприятий медицинской документации) нужно установить наличие или отсутствие объективных причин, по которым документация не могла быть представлена в установленный срок;

- из пояснений больницы, направленных в СМО, о причинах невозможности предоставления запрошенных карт, запросов больницы о возврате стационарных карт и ответного письма патолого-анатомического бюро следует, что у больницы не было возможности влиять на сроки возврата медкарт. Так, бюро сообщило о невозможности своевременного возврата стационарных карт в связи с увеличенной нагрузкой, кадровой проблемой, а также наличием других приоритетных исследований;

- в структуре больницы отсутствует самостоятельное патологоанатомическое отделение;
- таким образом, больница не представила СМО спорные медкарты по объективным причинам. Причем по мере поступления карт от патолого-анатомического бюро, больница незамедлительно направляла их в СМО, что сторонами не оспаривается;
- при этом больница не могла представить и электронные копии медкарт, потому что на тот период времени больница лишь частично вела документы в электронном виде ввиду необязательности электронного документооборота;
- что касается нарушения по коду дефекта 3.11 в связи с отсутствием в меддокументации, представленной в СМО, протокола патолого-анатомического вскрытия, то этот протокол согласно п. 30 Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий N 354н оформляется не позднее 30 суток после завершения проведения вскрытия; копия протокола вскрытия вносится в меддокументацию умершего - медкарту стационарного больного, которая возвращается в медорганизацию. Учитывая, что в больнице нет патологоанатомического отделения, а протоколы вскрытия, подготовленные бюро, направлены в больницу с просрочкой несмотря на принятые больницей меры, то в указанном нет ни события нарушения, ни вины медицинской организации.

Дополнительно суды отклонили ссылку ТФОМС на п. 29 Порядка N 530н, поскольку случаи, указанные в пп. 8, 10 ч. 4 ст. 13 Закона об основах охраны здоровья граждан, когда медорганизация делает копии медкарты в целях сохранности сведений, не подлежат применению в рассматриваемой ситуации: случай, поименованный в п. 8 ч. 4 ст. 13, предусмотрен в целях оказания медпомощи пациенту, тогда как в данном случае больница в соответствии с п. 9 Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий N 354н направляла тела умерших вместе с медкартами в патологоанатомическое бюро. По п. 10 ч. 4 ст. 13 Закона N 323-ФЗ также отмечено, что на момент проведения СМО экспертиз оригиналы медкарт были направлены в бюро, поэтому снять с них копии было невозможно.

Ни СМО в рамках рассмотрения протоколов разногласий на экспертизы, ни ТФОМС при рассмотрении претензии не дали объективную оценку действиям больницы, не установили её виновность в нарушении условий договора. Следовательно, отказ в оплате по спорным нарушениям является формальным, а ТФОМС обязан устранить допущенные нарушения путем оформления решения с представлением заключения реэкспертизы и /или экспертного заключения в соответствии с п. 83 Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС N 231н.

### **3. Медпомощь нужно оплатить по тарифам, действовавшим на момент её оказания, даже если потом их изменили "задним числом"**

#### **Постановление АС Северо-Западного округа от 15 января 2026 г. N Ф07-10767/25**

Частный онкоцентр выиграл в трех инстанциях спор с ТФОМС о тарифах, по которым надо оплатить оказанную медпомощь: медпомощь по спорным случаям была оказана в начале календарного года, и центр требовал оплаты по тем тарифам из Тарифного соглашения, которые были утверждены решением Комиссии по ТП ОМС, принятым в самом конце декабря.

ТФОМС же указывал, что в это декабрьское Тарифное соглашение внесли изменения в ближайшем феврале, однако действовать эти изменения начали ретроспективно, с самого

начала года, онкоцентр подписал соответствующее дополнительное соглашение, следовательно, спорные случаи нужно оплатить по новым тарифам, хотя они и оказаны до момента оформления изменений в Тарифное соглашение.

Суды раскритиковали позицию ТФОМС:

- спорное Тарифное соглашение было утверждено в конце декабря на основании тех нормативных правовых актов, которые действовали на момент подготовки и принятия проекта этого соглашения;

- федеральная ПГГ была принята и опубликована немного позднее, притом она изменила стоимость базовых нормативов финансирования, из которых рассчитываются тарифы на оплату медпомощи по ОМС в субъектах РФ, по сравнению с аналогичными нормативами ПГГ за предыдущий год;

- опубликование новой федеральной ПГГ - это весомый повод для изменений в Тарифное соглашение. Потому что в спорный период действовал приказ Минздрава РФ N 1397н "Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", и согласно подп. "е" п. 9.2 данного Приказа N 1397н в тарифное соглашение вносятся изменения при принятии Правительством РФ решений, если они приводят к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменений тарифов на оплату медпомощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медпомощи;

- однако наличие оснований для внесения изменений в тарифное соглашение не изменяет **порядок принятия решений и вступления их в законную силу**, определенный пунктом 9.3 Приказа N 1397н, а также самим спорным Тарифным соглашением;

- Комиссия по ТП ОМС в конце января приняла решение об изменении части стоимости тарифов по профилю "онкология". На основании этого решения Комиссии было заключено Дополнительное соглашение N 1 к Тарифному соглашению, подписанное сторонами спора 24 февраля;

- в силу п. 1 ст. 4 ГК РФ акты гражданского законодательства не имеют обратной силы и применяются к отношениям, возникшим после введения его в действие. Действие закона распространяется на отношения до введения его в действие **только в случаях, когда это прямо предусмотрено законом**. По отношениям, возникшим до введения в действие акта гражданского законодательства, он применяется к правам и обязанностям, возникшим после введения его в действие (п. 2 ст. 4 ГК РФ);

- таким образом, право Комиссии по ТП ОМС утверждать тарифы, обязательные для применения участниками системы ОМС, не предусматривает возможность придавать им обратную силу при отсутствии прямого указания об этом в законе. Этот вывод согласуется с правовой позицией Верховного Суда РФ, приведенной в п. 39 Обзора судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об ОМС, утвержденного Президиумом ВС РФ 27.11.2024;

- следовательно, к медуслугам, оказанным онкоцентром в период с 1 января по 5 февраля спорного года, подлежат применению "декабрьские" тарифы, утвержденные в Тарифном соглашении без учета изменений, внесенных Дополнительным соглашением N 1, вступившим в силу с 25 февраля этого года.

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

### 1. У поликлиники нет заявлений пациентов о прикреплении? Это повод для штрафа от СМО?

Определение Верховного Суда РФ от 19 января 2026 г. N 305-ЭС25-11626

СМО не смогла взыскать с частной медорганизации штрафные санкции, наложенные по итогам ЭКМП: эксперты пришли к выводу, что медорганизация нарушила права 1750 застрахованных лиц на выбор медорганизации из числа тех, что участвуют в реализации ТП ОМС (код дефекта - 3.12).

Судебные инстанции не согласились с правомерностью штрафа:

- СМО обнаружила нарушения в рамках внеплановой ЭКМП. Согласно заключению этой ЭКМП, медорганизация допустила нарушения по коду 3.12 "Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медорганизации из медорганизаций, участвующих в реализации ТП ОМС, БП ОМС; на выбор врача", число дефектных случаев 1750;

- эксперты пришли к такому выводу, потому что клиника не смогла предъявить экспертам заявления своих пациентов о выборе медорганизации. Это говорит о нарушении п. 4 Порядка выбора гражданином медорганизации в рамках ППГ (приказ № 406н), согласно которому для такого выбора гражданин лично или через представителя обращается в выбранную им медорганизацию с письменным заявлением;

**- однако отсутствие такого заявления само по себе не нарушает право застрахованного лица на выбор медицинской организации;**

- и если такого заявления нет в медорганизации на момент проведения проверки СМО, то это не значит, что застрахованное лицо не выбрало эту медорганизацию для получения медпомощи. Если гражданин не подавал нового заявления о выборе, то он считается прикрепленным к той медорганизации, где был прикреплен ранее;

- кроме того, пункт 8 ст. 39 Закона N 326-ФЗ предусматривает ответственность медорганизации за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медпомощи ненадлежащего качества;

- само по себе ненадлежащее ведение медорганизацией учетно-отчетной документации не доказывает нарушения сроков, качества и условий предоставления медпомощи, допущения дефектов медпомощи, которые могли явиться результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица, невыполнения или неправильного выполнения порядков оказания медпомощи или стандартов медпомощи, медицинских технологий;

- таким образом, СМО не доказала, что медорганизация фактически нарушила права пациентов на получение медпомощи надлежащего качества, и не обосновала, каким образом спорные действия влияют на указанные права застрахованных лиц;

- поэтому требования о взыскании штрафа не подлежат удовлетворению.

Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела.

## 2. Нужно ли при лечении фибрилляции и трепетания предсердий обязательно выполнять клинреки и по артериальной гипертензии?

Постановление АС Московского округа от 23 декабря 2025 г. N Ф05-19712/25

НМИЦ кардиологии выиграл спор с ФОМС об обязательности применения "дополнительных" клинических рекомендаций (КР). Так, эксперт проверила 200 случаев лечения в НМИЦ пациентов с фибрилляцией предсердий (код по МКБ-10: I48, относится к группе заболеваний "Другие болезни сердца") и "отбраковала" 176 случаев из-за того, что врачи не назначили ряд диагностических исследований, предусмотренных КР по артериальной гипертензии (коды по МКБ-10: I10-I15, относятся к группе заболеваний "Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением"), то есть не применили этот клинрек.

Эксперт присвоил нарушениям коды: 3.2.1 (невыполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций: не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица) и 3.13 (необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента). ФОМС уменьшил оплату по спорным случаям.

По мнению НМИЦ, использовать КР по гипертензии во всех спорных случаях и не следовало, а эксперт необходимость применения этого КР в спорных случаях не обосновал.

Суды согласились с позицией НМИЦ:

- законом установлено требование, согласно которому по каждому заболеванию, состоянию (группе заболеваний) может быть одобрено и утверждено соответственно **не более одной клинической рекомендации** (ч. 7 ст. 37 Федерального закона N 323-ФЗ);

- клинические рекомендации должны при описании диагностики, лечения, вариантов вмешательства и последовательности действий содержать в себе информацию (рекомендации) о том, какие именно факторы, и при каких условиях следует учитывать, а также о том, какие последствия и действия, **включая дополнительные диагностические процедуры** (исследования, обследования), должны за собой влечь;

- отсутствие **прямого** указания на информацию и рекомендации о подлежащих проведению дополнительных диагностических процедур не дает оснований к их выполнению, если нет других оснований, указанных в других законах и нормативных правовых актах;

- исключение по возможности применения клинреков "Артериальная гипертензия у взрослых" при лечении заболеваний из группы заболеваний "Другие болезни сердца" установлено в пп. "л" п. 2.2 критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Минздрава России от 10.05.2017 N 203н. Согласно данному подпункту, коррекция плана обследования и плана лечения пациента проводится с учетом

клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;

- с учетом пункта 4.3 письма Минздрава РФ от 26.01.2023 N 31-2/И/2-1075, применение клинических рекомендаций по сопутствующему заболеванию в дополнение к рекомендациям по основному заболеванию возможно, когда обусловлено изменением состояния пациента, течением его заболевания, или проявившихся осложнений, которые были выявлены лечащим врачом и подтверждены заведующим отделением, что в рассматриваемом случае установлено не было (соответствующий перечень случаев установлен п. 6 раздела 4.3 методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС в том же письме Минздрава РФ);

- согласно ч. 1 ст. 64 Федерального закона N 323-ФЗ ЭКМП проводится в целях выявления нарушений при оказании медпомощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. В силу прямого указания закона при ЭКМП в первую очередь нужно оценить, был ли достигнут запланированный результат, и лишь в том случае, если он не был достигнут, то были ли выполнены все необходимые требования к его достижению;

- согласно спорным заключениям (протоколам) эксперта клинический диагноз сформулирован корректно, своевременно; медикаментозная терапия проведена согласно стандартам и клинрекам; указание на осложнения - отсутствуют; исход случая, в связи с которым оказана медицинская помощь - улучшение. То есть эксперт констатировал достижение запланированного результата оказанной пациенту медпомощи, не указал в своих заключениях о наличии сопутствующих заболеваний, но при этом применил к НМИЦ код нарушения/дефекта 3.2.1;

- исходя из смысла ч. 1 и 2 ст. 64 Федерального закона N 323-ФЗ, а также оценив содержание экспертных заключений по результатам ЭКМП, суд приходит к выводу, что качество спорной медпомощи было надлежащим;

- оспариваемое заключение содержит логическую ошибку при оценке качества медпомощи - оказанной и не оказывавшейся пациенту. В соответствии с ч. 2 ст. 64 Федерального закона N 323-ФЗ критерии оценки качества медпомощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медпомощи и клинических рекомендаций. Следовательно, при оценке качества оказания медпомощи по заболеванию определенной группы должно оцениваться выполнение мероприятий, относящихся к соответствующей группе заболеваний, а не другой группе, по которой помощь и не оказывалась и к оплате не предъявлялась. С учетом заболевания пациента, качество оказанной ему медицинской помощи следовало оценивать по п. 3.9.2 критериев оценки (приказ N 203н), а применение критериев по п. 3.9.4 является необоснованным;

- в рассматриваемом случае не требовалось выполнение мероприятий по КР "Артериальная гипертензия у взрослых" - поскольку не было заключения лечащего врача о необходимости коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра согласно пп. "л" п. 2.2 критериев (приказ N 203н), и выполнение (невыполнение) мероприятий по клиническим рекомендациям "Артериальная гипертензия у взрослых" при ЭКМП по заболеваниям "Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых" не должно оцениваться в ходе определения их качества, поскольку такая помощь не оказывалась. Назначение необоснованных обследований могло бы повлечь за собой нарушение основных принципов охраны здоровья: приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (п. 2 ст. 4 Федерального закона N 323-ФЗ), поскольку влечет за собой нарушение требования соблюдения рационального использования его времени (п. 4 ч. 1 ст. 6 Федерального закона N

323-ФЗ); и доступность медицинской помощи (п. 6 ст. 4 Федерального закона N 323-ФЗ), поскольку выполнение не требующихся пациенту диагностических процедур влечет за собой необоснованное расходование средств ФОМС, и, как следствие уменьшение средств (государственных гарантий) на лечение других пациентов, которым такая помощь в действительности требуется;

- поэтому в силу ч. 7 ст. 37 Федерального закона N 323-ФЗ клинические рекомендации "Артериальная гипертензия у взрослых" по кодам I10, I11, I12, I13, I15 не подлежат безусловному применению при диагностировании и лечении заболеваний по кодам I30-I52, так как относятся к другой группе заболеваний. А оспариваемое заключение основано на неверном, формальном, применении подходов к оценке (экспертизе качества) медицинской помощи.

Также суды учли репутацию НМИЦ: это научная медицинская организация, которая помимо научной деятельности ведет и образовательную деятельность по подготовке научных кадров в аспирантуре, а также практикующих кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности "кардиология", и имеет соответствующую клиническую базу по направлению кардиологии.

При этом в состав врачебной комиссии НМИЦ, которая рассматривала спорные заключения ЭКМП, включены, в том числе, доктора медицинских наук (профессора, заведующие научными отделениями центра, врачи-кардиологи высшей категории, один из них - заслуженный деятель науки РФ, признанный Национальным экспертом по артериальной гипертензии, автор свыше 700 научных работ, 3 монографий по проблемам патогенеза артериальной гипертензии, соавтор 9-ти патентов на изобретения, 2-х свидетельств на зарегистрированные базы данных и 1-й программы для ЭВМ, ученикам которого присвоены ученые степени докторов наук - 10 и кандидатов наук - 51) и 3 кандидата медицинских наук (двое - врачи-кардиологи высшей категории).

### **3. Нужно ли переоформлять информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие, если произошло переименование организации, являющейся законным представителем несовершеннолетнего? Иные реквизиты остались прежними. Можно ли приложить копию приказа о переименовании учреждения-опекуна?**

В случае переименования организации, являющейся законным представителем несовершеннолетнего (опекуном или попечителем), при условии, что иные реквизиты остались прежними, переоформлять ИДС или отказ от него не требуется.

Основанием для такого вывода является то, что информированное добровольное согласие (или отказ) дается законным представителем, которым является сама организация, а не ее конкретное наименование. Изменение наименования организации не влечет за собой изменение ее правового статуса как законного представителя.

Для подтверждения правопреемства и актуальности данных достаточно приложить копию приказа о переименовании учреждения-опекуна. Этот документ будет служить подтверждением того, что организация, давшая согласие, и организация с новым наименованием являются одним и тем же юридическим лицом.