



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

АПРЕЛЬ 2022 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Апрель 2022 года. Выпуск №4 (20)

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. Суд снизил пени и штраф за "нецелевку" по ОМС в 10 раз. Что помогло медицинской организации?	2
2. Оплата "сверхобъема" из средств ОМС: сначала нужно оспорить недостаточность выделенных объемов медицинской помощи	3
3. Судебная практика о «нецелевке» средств ОМС: дальнейшая судьба судебных дел 2021 года	4
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	7
1. Что делать, если пациент забрал амбулаторную медицинскую карту из больницы и не вернул? Какой порядок учета и хранения амбулаторных медицинских карт? Имеет ли право пациент забирать медицинскую карту из больницы и хранить ее у себя?	8
2. Имеет ли право медучреждение представлять копии медицинских документов, давать знакомиться с медицинскими документами сыну пациента, если он не внесен в информированное добровольное согласие пациента?	10
3. В бюджетном учреждении (больница) дежурства на дому у врача пришлось на новогодние праздники по 12 часов в день. Нужно ли оплачивать эти дежурства в двойном размере и с учетом работы в ночное время?	12

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

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

1. Суд снизил пени и штраф за "нецелевку" по ОМС в 10 раз. Что помогло медицинской организации?

Решение АС Красноярского края от 03.02.2022 по делу N А33-15530/2021

Закон N 326-ФЗ об обязательном медицинском страховании предусматривает взыскание с медорганизации, виновной в нецелевом расходовании средств ОМС, штрафа в размере 10% от суммы "нецелевки" и пени за каждый день просрочки. Закон N 326-ФЗ не предполагает условий для снижения размера санкций, однако такое решение вправе принять суд. Какие обстоятельства могут поспособствовать этому? Например, основанием для снижения суммы штрафа суды считают то, что:

- больница допустила нецелевой расход впервые;
- уплата штрафа в полном объеме потребует значительных средств учреждения;
- больница использовала средства ОМС в целях оказания профильных услуг, а не для получения прибыли.

Только в прошлом году мы дважды - в марте и в августе - касались темы условий для смягчения наказания за нецелевое расходование страховых средств, и приводили примеры из арбитражной практики, где эти и другие обстоятельства помогли медорганизациям в разы снизить размер санкций.

Очередное судебное разбирательство по такому вопросу добавляется в нашу копилку...

При проверке больницы ТФОМС выявил нецелевые траты на внушительную сумму - без малого 7,5 млн рублей. Учреждение использовало страховые средства на оплату расходов, которые согласно Терпрограмме должен финансировать региональный бюджет. Но орган-учредитель в свое время не выделил больнице требуемого объема денег.

Сумму использованных не по целевому назначению средств ОМС ревизоры потребовали вернуть, а также уплатить штраф и пени. Поскольку "нецелевка" была вызвана недофинансированием со стороны учредителя, больница обратилась к учредителю за дополнительным финансированием на погашение задолженности перед Фондом. Попытки в течение трех лет уладить вопрос в досудебном порядке оказались безуспешными: даже после многократных обращений как со стороны учреждения, так и со стороны ТФОМСа, региональный Минздрав дополнительных средств больнице не дал.

Фонд обратился в суд. К этому времени сумма пени превысила 1,6 млн рублей. Больница просила суд освободить ее от санкций или хотя бы снизить их размер.

Суд пошел навстречу учреждению, признав, что сумма штрафных санкций несоразмерна последствиям нарушения. Больница осуществляет социально значимую деятельность и финансируется из бюджета. Учреждение принимало меры для погашения задолженности перед Фондом, но так и не смогло это сделать из-за отсутствия регионального финансирования. Негативных последствий допущенное нарушение не повлекло. Учитывая эти обстоятельства,

суд счел возможным в 10 раз уменьшить объем штрафа - с почти 750 тыс до 75 тыс. рублей, и так же пени - с 1,6 млн до 166 тыс. рублей.

2. Оплата "сверхобъема" из средств ОМС: сначала нужно оспорить недостаточность выделенных объемов медицинской помощи

Определение Верховного Суда РФ от 4 апреля 2022 г. N 301-ЭС21-24224

Определение Верховного Суда РФ от 12 апреля 2022 г. N 307-ЭС21-25419

Тройка судей Экономколлегии ВС РФ приняла финальное и практикообразующее решение по делам о взыскании со СМО средств в оплату медпомощи, оказанной сверх распределенных клинике объемов. Оба спора решились в пользу ТФОМС и СМО - судебные акты трех инстанций о взыскании спорной суммы отменены, клиникам в исках отказано.

Вообще единообразной судебной практики по данному вопросу все еще не сложилось, хотя аналогичное "отказное" определение было вынесено тройкой судей СКЭС ВС РФ еще в ноябре прошлого года: подобные дела иногда проигрываются медорганизациями (потому что спорная медпомощь, например, не прошла формально-логический контроль в ТФОМС, или потому что медорганизация нарушила существенное - об объеме медпомощи - условие договора об оказании и оплате медпомощи), а иногда выигрываются (потому что клиника не должна нести последствия некачественного планирования Терпрограммы ОМС). Теперь же, вероятно, медицинским организациям будет сложнее выигрывать подобные иски, поскольку суды будут опираться на правовую позицию, сформулированную СКЭС ВС РФ в обоих упомянутых делах:

- договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС обязывает клинику оказать необходимую медпомощь застрахованному лицу в рамках Терпрограммы ОМС, а СМО - оплатить медпомощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медпомощи по Терпрограмме ОМС, установленных решением комиссии по разработке этой программы, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи;

- законодательство о контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС относит к нарушениям-основаниям для отказа в оплате медпомощи (уменьшения оплаты медпомощи), в том числе, предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медпомощи, установленного решением комиссии по разработке Терпрограммы ОМС;

- счета и реестры счетов на оплату медпомощи, оказанной застрахованному лицу, должны представляться медицинской организацией в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медицинской помощи;

- действующим законодательством предусмотрены **необходимые правовые инструменты для обоснованной корректировки** распределенного комиссией объема медицинской помощи в целях надлежащего исполнения обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС сторонами этого договора;

- таким образом, если медицинская организация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи, не обжаловала решение комиссии по

разработке Терпрограммы ОМС и не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов с учетом фактической потребности медицинской организации, то такая медицинская организация **согласилась** с выделенным ей объемом предоставления медицинской помощи;

- и в таком случае у нее отсутствует право на истребование у СМО спорной суммы.

Отметим, что в обоих определениях ВС РФ не касался тезиса о том, что медорганизация сферы ОМС не вправе отказать в медпомощи обратившемуся к ней застрахованному лицу. Однако данный довод был упомянут в отмененных судебных актах.

3. Судебная практика о «нецелевке» средств ОМС: дальнейшая судьба судебных дел 2021 года

В прошлом году было немало судебных разбирательств, поводом для которых стали заключения ревизоров ТФОМС о нецелевом использовании страховых средств. Решения по многим из этих дел впоследствии были обжалованы в вышестоящих судебных инстанциях. Предлагаем посмотреть, что решили судьи на следующих этапах рассмотрения споров.

Выплаты работникам

Оплата повышенного субъектом РФ районного коэффициента из средств ОМС незаконна

Больница выплачивала из средств ОМС зарплату работникам с учетом районного коэффициента 1,7 - такой размер был установлен законом субъекта РФ. По мнению ТФОМС и судов двух инстанций, за счет ОМС учреждение могло выплачивать зарплату с коэффициентом 1,3, установленным на федеральном уровне. Выплата в повышенном размере районного коэффициента к заработной плате за счет средств ОМС является незаконной. За счет страховых средств допустимо выплачивать зарплату, увеличенную на коэффициент 1,3, а сверх этого - за счет средств бюджета субъекта.

Решение обжаловано в кассационную инстанцию. **Заключение кассационного суда:** решения судов первой и второй инстанций оставить без изменения (постановление АС Восточно-Сибирского округа от 08.02.2022 N Ф02-189/22).

Иногда выплаты в связи с выходом на пенсию за счет ОМС могут признать неправомерными

Медучреждения одного региона выплатили за счет средств ОМС единовременное пособие при выходе сотрудников на пенсию. Но дело в том, что нормативными актами на уровне субъекта РФ четко прописано, что источником указанных выплат являются средства регионального бюджета. Ревизоры признали расходы нецелевыми, суд первой инстанции поддержал требования ТФОМС и по четырем делам вынес схожие решения.

Два из четырех учреждений обжаловали решения в апелляционную инстанцию. **Заключение апелляционного суда:** решения первой инстанции оставить без изменения (постановления Пятого ААС от 21.12.2021 N 05АП-7746/21 и от 22.12.2021 N 05АП-7873/21).

Доплаты за "вредность" тоже могут быть нецелевыми

Учреждение начисляло доплаты на основании коллективного договора и трудовых контрактов, в которых много лет назад было прописано, что условия труда по должностям этих работников признаны вредными. А между тем в 2018 году проведенная СОУТ показала улучшение условий труда этих работников, условия признаны допустимыми, что не дает оснований для начисления

доплаты. Несмотря на результаты спецоценки условий труда, учреждение из средств ОМС производило доплаты "за вредность" на протяжении двух лет. ТФОМС и суд первого уровня пришли к выводу, что в такой ситуации выплаты не могли осуществляться за счет средств ОМС. Учреждение имело возможность пересмотреть условия трудовых договоров с работниками и прекратить доплаты за счет средств ОМС либо выплачивать их из иных источников.

Решение обжаловано в апелляционную, а затем в кассационную инстанцию. **Заключение вышестоящих судов:** выводы суда первой инстанции оставить без изменения (постановления Шестого ААС от 07.12.2021 N 06АП-5888/21, АС Дальневосточного округа от 03.03.2022 N Ф03-417/22).

Как рассчитывать отпускные работникам, оказывающим медпомощь не только в рамках ОМС, чтобы не было "нецелевки"

Медицинская организация за счет страховых средств выплатила отпускные сотрудникам, непосредственно занятым в оказании медпомощи в рамках ОМС. Однако ТФОМС при проверке часть этих расходов признал нецелевыми. Как выяснилось, ранее эти работники были задействованы исключительно в оказании платных услуг, и в течение расчетного периода были переведены на работу по ОМС. При определении среднего дневного заработка для оплаты отпусков в расчет были включены и выплаты по коммерческой деятельности. На первом этапе рассмотрения дела судьи полностью поддержали выводы ревизоров.

Решение обжаловано в апелляционную, а затем в кассационную инстанцию. **Заключение вышестоящих судов:** решение первой инстанции оставить в силе (постановления Одиннадцатого ААС от 15.12.2021 N 11АП-17027/21, АС Поволжского округа от 22.03.2022 N Ф06-15230/22).

Какую матпомощь нельзя выплачивать за счет ОМС?

Поликлиника выплачивала за счет средств ОМС материальную помощь сотрудникам в связи с рождением ребенка, смертью родственника или просто тяжелым финансовым положением. Такие выплаты были предусмотрены в коллективном договоре учреждения и положении об оплате труда. Но ТФОМС счел расходы на выплату матпомощи "нецелевкой", и суды трех уровней согласились с ревизорами.

Решение кассационной инстанции обжаловано в Верховный Суд РФ. ВС РФ отказал учреждению в пересмотре дела. Об этом мы рассказывали в январе.

Получение лицензии и соблюдение лицензионных требований

Лицензия на оказание медуслуги в стационаре не дает права оказывать такую услугу в амбулатории

У учреждения была лицензия на оказание медпомощи, включая ультразвуковую диагностику, в стационарных условиях. Однако помимо стационара, учреждение также оказывало медицинские услуги в больничной поликлинике, проводя там УЗИ пациентов. При отсутствии лицензии на осуществление медицинской деятельности в амбулаторных условиях расходы на оплату труда врачей, занятых при оказании такой медпомощи, ТФОМС и суды двух инстанций признали нецелевым использованием страховых средств.

Решение обжаловано в кассационную инстанцию. **Заключение кассационного суда:** решения первой и второй инстанций оставить без изменения (постановление АС Восточно-Сибирского округа от 31.01.2022 N Ф02-8228/21).

Планируете получить лицензию на оказание медуслуг? Только не за счет ОМС!

Планируя расширить деятельность, требующую наличия лицензии, в целях соблюдения условий ее получения медцентр взял в аренду помещение для оказания там медицинских услуг нового направления, а также принял на работу специалиста соответствующей квалификации. Арендные платежи и зарплата медработника были оплачены за счет средств ОМС. Ревизоры и суды двух инстанций признали расходы неправомерными: затраты на получение лицензии являются расходами инвестиционного характера и не связаны с реализацией территориальной программы ОМС.

Решение обжаловано в кассационную инстанцию. **Заключение кассационного суда:** выводы судов первой и второй инстанций оставить без изменения (постановление АС Московского округа от 02.02.2022 N Ф05-15531/20).

Зарплату эпидемиолога при отсутствии у учреждения лицензии суды вновь и вновь признают "нецелевкой"

ТФОМС при проверке признал нецелевыми расходы на оплату труда помощника эпидемиолога. Лицензии на вид медицинской помощи "эпидемиология" у учреждения не было. Судьи двух инстанций признали правоту ревизоров. Целевым расходованием средств ОМС считается зарплата специалистов, участвующих в оказании медпомощи по лицензированным видам деятельности. Эпидемиологическая подлежит лицензированию, как любой вид медицинской деятельности.

Решение обжаловано в кассационную инстанцию. **Заключение кассационного суда:** выводы судов первой и второй инстанций оставить без изменения (постановление АС Восточно-Сибирского округа от 12.05.2021 N Ф02-2019/2).

Приобретение оборудования

Покупка оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей частями - попытка обойти закон

Медорганизация приобрела стоматологическую установку стоимостью 91 тыс. рублей, а вскорости, уже по отдельному договору на 75 тыс. рублей, - светильник, модули с панелью управления и иные составные части такой установки. К учету оборудование было принято отдельными объектами. ТФОМС определил, что приобретенное стоматологическое оборудование является единым инвентарным объектом стоимостью более 100 тыс. рублей. Расходы признали нецелевыми. Суд первого уровня встал на сторону ревизоров.

Решение обжаловано в апелляционную инстанцию. **Заключение апелляционного суда:** решение первой инстанции оставить в силе (постановление Второго ААС от 21.12.2021 N 02АП-9358/21).

А в каких случаях за счет средств ОМС можно купить оборудование дороже 100 тыс. рублей?

1. Больница закупила несколько прикроватных мониторов стоимостью более 100 тыс. рублей каждый. Данное оборудование учреждение использовало при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Ревизоры потребовали вернуть в бюджет Фонда более 600 тыс. рублей и штраф. На первом этапе разбирательства судьи согласились с "нецелевкой" и лишь уменьшили сумму штрафа. Больница подала апелляционную жалобу, и суд второго уровня встал на сторону учреждения. Больница действительно оказывает высокотехнологичную медпомощь и имела право на закупку дорогостоящего оборудования.

ТФОМС обжаловал решение в кассационную инстанцию и затем - в Верховный Суд РФ. **Заключение вышестоящих судов:** кассация оставила в силе решение апелляционной инстанции (постановление АС Уральского округа от 31.08.2021 N Ф09-5689/21), а ВС РФ

отказал в пересмотре выводов кассационного суда (определение Верховного Суда РФ от 20.12.2021 N 309-ЭС21-23895).

2. Ревизоры ТФОМС признали нецелевыми расходы учреждения на покупку медицинского оборудования стоимостью почти 1,5 млн рублей, хотя и учли, что учреждение оказывает высокотехнологичную медпомощь. И суд первой инстанции с проверяющими согласился. Дело в том, что медцентру определены объемы медицинской помощи по ВМП только по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия", а приобретенное оборудование предназначено для оснащения кабинета специалиста по профилю "Акушерство и гинекология".

Решение обжаловано в апелляционную инстанцию. **Заключение апелляционного суда:** решение суда первой инстанции оставить без изменения (постановление Шестого ААС от 25.10.2021 N 06АП-5896/21).

Налоги и обучение

Средства ОМС можно расходовать только в своем регионе!

Проверяющие ТФОМС выявили факт направления медорганизацией страховых денег, выделенных ей на реализацию Терпрограммы в своем регионе, на оплату расходов обособленного подразделения в другом субъекте РФ. Как выяснилось, налоговая инспекция списала деньги в безакцептном порядке на основании решений о взыскании. Суд первой инстанции согласился с ревизорами и признал такие расходы "нецелевкой". Апелляционная и кассационная инстанции поддержали выводы коллег. Точку в деле поставил Верховный Суд РФ, отказав в пересмотре решения кассационной инстанции. Об этом мы рассказывали совсем недавно.

Можно ли за счет средств ОМС оплатить обучение бухгалтера или кадровика?

Нельзя. Так решил суд первой инстанции, согласившись в проверяющими и признав "нецелевкой" расходы на оплату:

- участия специалиста по кадрам в семинаре-тренинге о мотивации персонала медицинской организации;
- повышения квалификации бухгалтера по учету материальных ценностей по программе, тематика которой имеет отношение к организации деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Решение обжаловано в апелляционную, а затем в кассационную инстанцию. **Заключение вышестоящих судов:** решение первой инстанции оставить без изменения (постановления Четвертого ААС от 03.08.2021 N 04АП-2533/21, АС Восточно-Сибирского округа от 27.10.2021 N Ф02-6424/21).

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

1. Что делать, если пациент забрал амбулаторную медицинскую карту из больницы и не вернул? Какой порядок учета и хранения амбулаторных медицинских карт? Имеет ли право пациент забирать медицинскую карту из больницы и хранить ее у себя?

"Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская карта), согласно Порядку заполнения учетной формы N 025/у, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 N 834н (далее - Порядок), является одним из основных учетных медицинских документов, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Она служит документальным подтверждением проводимых лечебно-диагностических мероприятий, поскольку в ней отражаются характер течения заболевания (травмы, отравления), а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности, согласно Порядку. При этом медицинская карта служит для защиты прав как самого пациента, так и медицинской организации в целом.

Сведения, содержащиеся в медицинской карте, необходимы для составления отчетности по всем видам и формам, которые установлены для медицинских организаций и которую они обязаны предоставлять в сроки и в объеме, определенных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 11 ч. 1 ст. 79 Закона N 323-ФЗ). В этих целях медицинские организации обязаны обеспечивать ведение, учет и хранение медицинской документации (п. 12 ч. 1 ст. 79 Закона N 323-ФЗ, п. 30 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006), а приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 утверждены сроки хранения первичной медицинской документации учреждений здравоохранения. То есть обязанность ведения, учета и хранения медицинских карт с соблюдением мероприятий по обеспечению конфиденциальности содержащейся в них информации возложена на медицинские организации федеральным законодательством.

Согласно письму Минздравсоцразвития России от 04.04.2005 N 734/МЗ-14 медицинская карта амбулаторного больного хранится в регистратуре. Выдача медицинской карты на руки пациенту возможна только с разрешения главного врача учреждения. При этом какой-либо ответственности пациента за невозврат этой карты действующим законодательством не установлено"

"В соответствии со ст. 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская организация обязана вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности.

Согласно Порядку заполнения учетной формы N 025/у, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н (далее - приказ N 834н), медицинская карта является одним из основных учетных медицинских документов, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Она служит документальным подтверждением проводимых лечебно-диагностических мероприятий, поскольку в ней отражаются характер течения заболевания

(травмы, отравления), а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

В письме Минздравсоцразвития России от 4 апреля 2005 г. N 734/МЗ-14 "О порядке хранения амбулаторной карты" разъяснено, что медицинская карта пациента хранится в регистратуре: в поликлиниках - по участкам и в пределах участков - по улицам, домам, квартирам; в центральных районных больницах и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту. Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".

Отметим, что согласно ч. 2 ст. 13 Федерального закона от 22 октября 2004 г. N 125-ФЗ "Об архивном деле в Российской Федерации" (далее - Закон N 125-ФЗ) организации и граждане вправе создавать архивы в целях хранения образовавшихся в процессе их деятельности архивных документов, в том числе в целях хранения и использования архивных документов, не относящихся к государственной или муниципальной собственности.

В силу ч. 1 ст. 17 Закона N 125-ФЗ организации обязаны обеспечивать сохранность архивных документов, в том числе документов по личному составу, в течение сроков их хранения, установленных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Подробно же деятельность медицинских архивов регламентируется приказом Минздрава СССР от 30.09.1949 N 718 "О введении в действие Положения о медицинском архиве лечебного учреждения, Инструкции о ведении медицинских архивов в лечебных учреждениях Союза ССР" (далее - Инструкция).

Как следует из п. 29 Инструкции, при выбытии больных на другое место жительства или увольнении с работы из учреждения (предприятия), обслуживаемого данным лечебным учреждением, а также в случаях необращения больного в лечебное учреждение более одного года индивидуальные карты амбулаторных больных ежегодно сдаются в медархив данного лечебного учреждения. При сдаче в медархив индивидуальные карты подбираются в строгом алфавитном порядке (по начальным буквенным слогам фамилии) и увязываются в связки толщиной не свыше 20 см. К каждой связке прикрепляется ярлык с проставлением на нем следующих сведений: наименование лечебного учреждения, номер описи, год сдачи, порядковый N связки, какие буквы (напр. А, Б, В) и крайние порядковые номера единиц хранения (т.е. самих карт) в связках.

Для определения сроков хранения наиболее часто используемых видов медицинской документации необходимо руководствоваться Перечнем основных учетных документов со сроками их хранения, содержащимся в письме Минздрава России от 07.12.2015 N 13-2/1538. Кроме того, сохраняет свое действие и приказ Минздрава СССР от 30 мая 1974 г. N 493 "О введении в действие "Перечня документов со сроками хранения Министерства здравоохранения СССР, органов, учреждений, организаций, предприятий системы здравоохранения" (далее - Перечень N 493).

В соответствии с указанными правовыми актами срок хранения медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, формы N 025/у составляет 25 лет.

С целью организации и проведения отбора документов на хранение и уничтожение проводится экспертиза их научной и практической ценности.

Согласно разделу IV Перечня N 493 под экспертизой ценности документов понимается всестороннее их изучение для определения политического, научного и практического значения в целях отбора на хранение и установления сроков хранения.

Для организации и проведения работы по определению сроков хранения и отбору документальных материалов для хранения и уничтожения во всех организациях системы здравоохранения создаются постоянно действующие экспертные комиссии (не менее трех человек), состав которых утверждается приказом руководителя организации. В состав экспертной комиссии должны входить лица, ответственные за архив учреждения, и квалифицированные специалисты данного учреждения.

Экспертная комиссия учреждения с участием ведущих специалистов по истечении сроков хранения принимает решение об отборе на государственное хранение или выделении к уничтожению после всестороннего изучения этой медицинской документации. В процессе изучения должны учитываться как общие критерии отбора, так и специфические критерии экспертизы ценности медицинской документации. При отборе на государственное хранение карт стационарных и амбулаторных больных, историй болезни и др. документов прежде всего ставится задача сохранить те документы, которые имеют существенное значение для изучения новых эффективных методов диагностики, профилактики, лечения и для изучения истории медицины.

Документальные материалы, отобранные к уничтожению, передаются организациям, ведающим заготовкой вторичного сырья. Использование таких материалов для хозяйственных нужд не разрешается.

Дополнительно отметим, что в силу п. 2.4.7 Основных правил работы архивов организаций (одобрены решением Коллегии Росархива от 6 февраля 2002 г.) дела, подлежащие уничтожению, передаются на переработку (утилизацию). Передача дел оформляется приемосдаточной накладной, в которой указываются дата передачи, количество сдаваемых дел и вес бумажной макулатуры. Погрузка и вывоз на утилизацию осуществляются под контролем сотрудника, ответственного за обеспечение сохранности документов архива" (см. полный текст: Вопрос: Каков порядок хранения и уничтожения амбулаторных карт учетной формы 025/у? (ответ службы Правового консалтинга ГАРАНТ, июль 2019 г.)).

Ответ подготовил:
Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ
Шептицкая Марианна

2. Имеет ли право медучреждение представлять копии медицинских документов, давать знакомиться с медицинскими документами сыну пациента, если он не внесен в информированное добровольное согласие пациента?

"Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское

вмешательство, имеют право получать медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну" (ч. 5 ст. 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)).

"Пациент вправе указать в своем письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство круг лиц, которые имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) имеют такое право, если пациент не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну".

"В соответствии со ст. 13 Закона N 323-ФЗ допускается разглашение информации, имеющей статус врачебной тайны, без согласия на то пациента (либо его законного представителя) в следующих случаях:

- в целях прохождения курса лечения пациентом, неспособным выразить свою волю из-за состояния здоровья;
- при возникновении угрозы массового распространения различного рода отравлений, поражений и инфекционных заболеваний;
- при оказании срочной медицинской помощи несовершеннолетнему пациенту, больному наркоманией и пациенту в возрасте до 15 лет в целях информирования родителей либо его законных представителей;
- при необходимости, возникшей вследствие расследования или судебного разбирательства, по запросу органов дознания и следствия;
- установлен факт противоправных действий в отношении пациента, нанесших вред его здоровью;
- поставленный диагноз предполагает нанесение травм насильственного характера, из-за чего требуется вмешательство полиции;
- при необходимости расследования обстоятельств травмы, полученной на производстве или в учебном учреждении;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий;
- при обмене информацией медицинскими организациями;
- в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
- в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (О разглашении врачебной тайны и ответственности за это (М.В. Герш, журнал "Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения", N 4, апрель 2020 г.) // Разглашение врачебной тайны).

Таким образом, сын имеет право на получение медицинских документов и ознакомление с ними, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Ответ подготовил:
Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ
Крымкина Людмила

3. В бюджетном учреждении (больница) дежурства на дому у врача пришлось на новогодние праздники по 12 часов в день. Нужно ли оплачивать эти дежурства в двойном размере и с учетом работы в ночное время?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Дежурства на дому медицинских работников, осуществляемые в выходные и нерабочие праздничные дни за пределами нормы рабочего времени, должны быть учтены в составе фактически отработанного времени в половинном размере, а оплачены - в двойном.

Ночные часы дежурств на дому также должны быть учтены в составе фактически отработанного времени в половинном размере, а оплачены в повышенном размере.

Обоснование вывода:

Выходной день (еженедельный непрерывный отдых) относится ко времени отдыха работника, в течение которого работник свободен от исполнения трудовых обязанностей и которое он может использовать по своему усмотрению (ст. 106, 107 ТК РФ).

Напомним, что привлечение к работе в выходной день по общему правилу запрещено (часть первая ст. 113 ТК РФ). В некоторых случаях допускается привлечение к работе в выходной день, однако это возможно либо с письменного согласия работника, либо при наступлении чрезвычайных обстоятельств, указанных в части третьей ст. 113 ТК РФ. Согласно ст. 153 ТК РФ работа в выходной оплачивается не менее чем в двойном размере. По желанию работника, работавшего в выходной день, ему может быть предоставлен другой день отдыха. В этом случае работа в выходной или нерабочий праздничный день оплачивается в одинарном размере, а день отдыха оплате не подлежит.

В соответствии с частью пятой ст. 350 ТК РФ дежурство на дому - это пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме). Согласно п. 2 Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.04.2014 N 148н (далее - Положение), медицинским работникам, осуществляющим дежурство на дому, правилами внутреннего трудового распорядка устанавливается суммированный учет рабочего времени, а время начала и окончания дежурства на дому определяется графиком работы, утверждаемым работодателем с учетом мнения представительного органа работников.

Согласно частям пятой и шестой ст. 350 ТК РФ дежурства на дому (то есть пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме) включаются в рабочее

время и учитывается в размере 1/2 часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период. Согласно п. 2 Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.04.2014 N 148н (далее - Положение), медицинским работникам, осуществляющим дежурство на дому, правилами внутреннего трудового распорядка устанавливается суммированный учет рабочего времени, а время начала и окончания дежурства на дому определяется графиком работы, утверждаемым работодателем с учетом мнения представительного органа работников.

Таким образом, по смыслу ст. 350 ТК РФ дежурство на дому является особым элементом режима работы медицинских работников и осуществляется в соответствии с графиком работы, которым не может быть запланирована работа сверх нормы. Соответственно, если трудовые договоры сотрудников (либо правила внутреннего трудового распорядка - если режим работы сотрудников не отличается от общеустановленного в организации) устанавливают, что они должны работать пять дней в неделю с выходными в субботу и воскресенье, то привлечение их к работе в выходные и праздничные дни возможно только в исключительных предусмотренных ст. 113 ТК РФ случаях, с их согласия, с надлежащим оформлением и оплатой.

Соответственно, оплата дежурств на дому как одного из видов трудовой деятельности, предусмотренных трудовой функцией медицинского работника, должна производиться с соблюдением всех установленных ТК РФ гарантий и компенсаций - в том числе на выплату компенсации за работу с вредными и (или) опасными условиями труда (ст. 147 ТК РФ), за выполнение работ в условиях, отклоняющихся от нормальных (при сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни), и в других условиях (ст. 149 ТК РФ). Указанная позиция отражена в судебной практике (апелляционное определение СК по гражданским делам Пермского краевого суда от 05.06.2013 по делу N 33-4750, решение Ермаковского районного суда Красноярского края от 26.05.2015 по делу N 2-845/2015), а также в разъяснениях контролирующих органов (письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 28.11.2013 N 14-2-242, ответы специалистов Роструда на вопрос 1, вопрос 2, вопрос 3 с интернет-портала "Онлайнинспекция.РФ").

Работа в ночное время считается работой в условиях, отклоняющихся от нормальных, в связи с чем работнику производятся соответствующие выплаты (ст. 149 ТК РФ). В силу части первой ст. 154 ТК РФ каждый час работы в ночное время оплачивается в повышенном размере. Положения указанных нами норм распространяются на все режимы труда и отдыха, поэтому время дежурства на дому в ночные часы также должно быть оплачено по правилам ст. 154 ТК РФ, но с учетом требований части шестой ст. 350 ТК РФ.

Ночные часы дежурств оплачиваются в повышенном размере с учетом требований части шестой ст. 350 ТК РФ. Это означает, что если медицинский работник все ночные часы дежурства на дому с двадцати двух часов одного дня до шести часов другого дня пребывал в ожидании вызова, только четыре часа из восьми ночных часов дежурства должны быть оплачены в повышенном размере (20% часовой тарифной ставки (оклада, рассчитанного за час работы)). Вместе с тем работа в ночное время сама по себе не является сверхнормативной. Она может осуществляться как в соответствии с графиком работы, так и за его пределами в качестве сверхурочной работы или работы в выходные дни. Соответственно, и для целей определения размеров компенсационных и стимулирующих выплат она уже будет учтена или как работа в пределах нормы, или как сверхурочная работа или работа в выходные дни. Доплата же за работу в ночное время представляет собой всего лишь дополнительную компенсацию за особые условия такой нормативной или сверхнормативной работы. Еще раз учитывать часы

работы в ночное время при определении размеров компенсационных и стимулирующих выплат не следует.

Дежурства на дому, осуществляемые в выходные и нерабочие праздничные дни, должны быть также учтены в половинном размере, а оплачены - в двойном. Например, из 16 часов дежурства на дому в выходные и праздники 8 часов должны быть оплачены в двойном размере (ст. 153 ТК РФ).

В случае вызова на работу медицинского работника, осуществляющего дежурство на дому, время, затраченное на оказание медицинской помощи, и время следования медицинского работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обратно учитывается в размере часа рабочего времени за каждый час оказания медицинской помощи и следования медицинского работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обратно. К примеру, если восемь часов работник находился дома в ожидании вызова, а остальные восемь часов были затрачены на то, чтобы добраться до места оказания медицинской помощи и непосредственно на оказание такой помощи, то в повышенном размере должны оплачиваться 12 часов. В таблице учета рабочего времени не нужно отдельно учитывать время, затраченное им на оказание медицинской помощи, и время следования медицинского работника от дома до места работы.

Ответ подготовил:
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ
Ипполитова Ирина