



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

АПРЕЛЬ 2024 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Апрель 2024 года. Выпуск №4 (44)

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. Верховный Суд РФ не стал пересматривать дело об оплате сверхнормативной медпомощи, которое выиграла частная медорганизация	2
2. Оказанная медпомощь, которая превышает распределенный медорганизации квартальный объем медпомощи, но не превышает годовой объем, должна быть оплачена из средств ОМС	3
3. Верховный Суд РФ отказал в оплате сверхнормативной экстренной медпомощи пациентам с острым коронарным синдромом	4
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	6
1. Как получить лицензию на дезинфекцию в целях санэпидблагополучия? (с 1 сентября 2024 года) ..	6
2. Надлежащее восстановление на лицевом счете средств ОМС ("нецелевки") должно быть произведено в том же периоде, на который они были выделены и должны были быть израсходованы? .	7
3. Когда бригаде скорой помощи нужно платить зарплату из разных источников?	8

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

При поддержке компании ООО «Новартис Фарма»

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

1. Верховный Суд РФ не стал пересматривать дело об оплате сверхнормативной медпомощи, которое выиграла частная медорганизация

Определение Верховного Суда РФ от 26 марта 2024 г. N 303-ЭС24-1805

Частная медицинская лаборатория - участник территориальной программы ОМС - выиграла у СМО спор по оплате медпомощи, которую лаборатория оказала в 2019 году сверх объема, распределенного ей решением комиссии по формированию терпрограммы ОМС (цена иска - чуть более 1 млн руб).

При этом в первых двух инстанциях лаборатория проиграла (со "стандартными" формулировками: объем установлен договором, и он не был увеличен, а лаборатория могла и отказать в оказании плановой медпомощи, и к тому же не обращалась в комиссию за увеличением выделенных объемов). Затем суд округа вернул дело в первую инстанцию, и на втором "круге" рассмотрения медорганизация выиграла дело. Как ей это удалось?

Суды указали, что:

- Законом об ОМС установлено 2 различных механизма оплаты медпомощи, оказанной с превышением установленного объема;

- первый из них в соответствии с частями 6 - 9 статьи 38 Закона об ОМС предусмотрен для случаев, когда превышение установленного для СМО объема средств на оплату медпомощи вызвано повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медпомощи, количества застрахованных лиц / изменением их структуры по полу и возрасту; этот механизм реализуется по обращению СМО, а сверхобъемная помощь финансируется за счет и в пределах НСЗ ТФОМС;

- второй механизм состоит в распределении (перераспределении) объемов предоставления медпомощи, установленных терпрограммой ОМС, на основании решения Комиссии. Этот механизм реализуется по инициативе медицинских организаций;

- из материалов дела следует, что лаборатория дважды обращалась в ТФОМС в связи с повышенной заболеваемостью и увеличением количества застрахованных лиц с ходатайством об увеличении объема финансирования, предусмотренного Терпрограммой ОМС на 2019 год (письма от 05.09.2019 N 33, от 05.09.2019 N 32). В письмах лаборатория просила - в первом - предусмотреть для себя дополнительные 3 млн руб, во втором - перераспределить денежные средства в сумме 14 млн руб., предусмотрев для себя 8 млн руб;

- ТФОМС ответил лаборатории, что сможет рассмотреть вопрос о дополнительных объемах финансирования по итогам работы за 9 месяцев 2019 года, хотя возможность выделения дополнительных средств зависит от экономии денежных средств при недовыполнении объемов медпомощи другими медорганизациями (письмо от 09.09.2019 N 01-13/12);

- материалами дела установлено, что дополнительными соглашениями (пять раз лаборатория и СМО изменяли стоимость объема медицинской помощи, из которых трижды в декабре 2019 года, последнее 29.12.2019), а также решением Комиссии от 13.12.2019 годовой плановый объем финансирования средств Терпрограммы ОМС для лаборатории определен в размере 8 273 988 руб., при этом размер финансирования увеличился на 53 % от первоначально установленной суммы (с 4 400 466 руб. до 8 273 988 руб.);

- таким образом, лабораторией принимались должные и необходимые меры к перераспределению объемов финансирования между СМО и к увеличению объемов финансирования "своей" СМО на 2019 год, вместе с тем данный вопрос в установленном порядке не был решен Фондом до завершения указанного календарного года;

- спорные медицинские услуги оказаны в соответствии с программой ОМС, и СМО не доказала нарушение требований к их качеству;

- таким образом, поведение лаборатории при решении вопроса по перераспределению объемов финансирования предоставленной медпомощи являлось добросовестным и легитимным;

- следовательно, в данном случае медицинские услуги, оказанные лабораторией сверх объема, установленного решением Комиссии, подпадают под страховое обеспечение по ОМС и подлежат оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами.

При этом суд округа (на втором "круге" рассмотрения) сослался также на то, что вопрос дополнительного финансирования истца по результатам спорных медуслуг (оказанных лабораторией в 2019 году на спорную сумму), положительно разрешен Комиссией по формированию терпрограммы ОМС решением от 24.10.2023 N 12. Однако это решение появилось только перед рассмотрением дела в кассационной инстанции, на момент рассмотрения спора на втором "круге" в первой и второй инстанциях его не было.

Кроме того, устанавливая "добросовестность и легитимность" поведения лаборатории, суды не дали оценку информации ТФОМС о том, что из представленных медорганизациями области за 4 кв. 2019 года сведений об оказанной медпомощи, а также тарифов на лабораторные исследования следует, что **количество застрахованных уменьшается**, структура застрахованных **неизменна**, тарифы в течение года не менялись.

Однако Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела.

2. Оказанная медпомощь, которая превышает распределенный медорганизации квартальный объем медпомощи, но не превышает годовой объем, должна быть оплачена из средств ОМС

Определение Верховного Суда РФ от 6 марта 2024 г. N 302-ЭС24-2931

СМО отказалась оплачивать медико-санитарной части ФМБА медпомощь, которая не была предусмотрена плановыми объемами, утвержденными решением Комиссии по разработке терпрограмм ОМС, на тот квартал, в котором медпомощь была оказана.

Медсанчасть требовала оплатить задолженность, указывая, что годовой объем медпомощи, выделенный ей Комиссией, она не превышала.

Суд первой инстанции отказал в удовлетворении иска к СМО, однако апелляционный суд и суд округа защитили медорганизацию:

- применительно к спорному периоду порядок оплаты медицинской помощи по ОМС был установлен в Правилах ОМС, утвержденных приказом Минздрава РФ от 28.02.2011 N 158н. В соответствии с п. 123 данных Правил ОМС оплате за счет средств ОМС подлежит объем предоставления медпомощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой;

- при этом согласно порядку оплаты медпомощи, который определен Тарифным соглашением по области на соответствующий год, оплата реестров счетов медорганизаций осуществляется СМО в размере, не превышающем годовую стоимость объемов медпомощи

(годовой лимит), а в случае превышения сумм, принятых СМО за внешние медицинские услуги, над суммой финансирования обслуживающей МО за отчетный месяц, СМО удерживает сумму данного превышения со счета за следующий отчетный период (то есть месяц);

- согласно п. 129 Правил ОМС при превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медорганизацию в соответствии с заявкой на авансирование медпомощи, над суммой счета на оплату медпомощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медпомощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона об ОМС, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медпомощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту;

- таким образом, с учетом положений Тарифного соглашения и положений Правил ОМС, а также учитывая, что выделение дополнительных средств из НС ТФОМС не требуется, СМО должна ежемесячно оплачивать медицинскую помощь, оказанную медорганизацией, а при превышении планового месячного объема уменьшать сумму финансирования медорганизации на следующий месяц, но в пределах годового объема финансовых средств, установленного решением Комиссии на соответствующий год;

- то есть само по себе превышение медорганизацией в отдельном месяце или квартале объемов оказанной медпомощи при соблюдении годовых лимитов финансирования, установленных терпрограммой и распределенных Комиссией между медорганизациями, не может служить основанием для отказа в оплате оказанных медицинских услуг;

- кроме того, суд учитывает, что упомянутые Правила ОМС были отменены в связи с утверждением Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н новых Правил ОМС, которые с учетом сложившейся практики уже не предусматривают поквартальную разбивку объемов медпомощи, устанавливаемых на год;

- как следует из материалов дела и не оспаривается сторонами, годовой лимит финансирования истца в данном случае не был превышен, а, соответственно, отказ ответчика оплатить стоимость оказанных истцом медицинских услуг в пределах установленных для него годовых объемов является неправомерным.

Верховный Суд РФ отказал СМО в пересмотре дела.

3. Верховный Суд РФ отказал в оплате сверхнормативной экстренной медпомощи пациентам с острым коронарным синдромом

Определение Верховного Суда РФ от 21 февраля 2024 г. N 301-ЭС23-29721

СМО отказалась оплачивать медицинскому центру 8 случаев оказанной медпомощи, мотивируя это тем, что спорные случаи оказаны сверх того объема медпомощи круглосуточного стационара (в том числе ВМП) по профилю сердечно-сосудистая хирургия, который был распределен на год решением Комиссии по разработке терпрограммы ОМС.

Суд первой инстанции поддержал СМО, но в апелляции иск медорганизации был удовлетворен. Суд, принимая такое решение в условиях сложившейся "отказной" судебной практики по оплате "сверхобъема", указал на следующее:

- суд первой инстанции, отказывая в иске, ссылаясь исключительно на формальное нарушение договора со СМО, превышение выделенного объема медпомощи и т.п., а также на соответствующие правовые позиции Верховного Суда РФ,

- однако в данном деле имеются особые **фактические** обстоятельства - и эти обстоятельства не совпадают с обстоятельствами тех споров, по которым ВС РФ пришел к выводу о недопустимости оплаты сверхобъемной медпомощи;

- такими иными обстоятельствами в рамках настоящего дела являются следующие факты: 1. оказание истцом застрахованным лицам медпомощи в форме скорой специализированной **экстренной** медицинской помощи; 2. наличие у поступивших лиц, нуждающихся в медицинской помощи, диагноза "острый коронарный синдром", **представляющего угрозу жизни пациентов**; 3. поступление лиц, нуждающихся в медпомощи, в медорганизацию с помощью бригад скорой медицинской помощи; 4. поступление этих пациентов в медорганизацию **в соответствии с приказом регионального ОУЗ о маршрутизации** пациентов с ОКС и ОНМК на территории области; 5. неоднократные заявки истца в Комиссию на увеличение объемов медпомощи по спорному профилю (они не просто остались неудовлетворенными, но ранее предоставленные объемы еще и урезались в течение года);

- при этом исходя из позиции Верховного Суда РФ, изложенной в определениях от 24.12.2021 N 305-ЭС21-24311 и от 20.07.2022 N 305-ЭС22-1518, возможность получения медорганизацией оплаты за оказанные услуги лечения сверх установленных объемов **не исключается** в случае оказания таких услуг в экстренной и неотложной формах;

- суд отклоняет доводы СМО и ТФОМС, что истец в условиях превышения объемов, при поступлении на "скорой" пациентов с ОКС в состоянии, которое грозит смертью и требует экстренной медпомощи, должен был переадресовать пациентов в иную медорганизацию. Такие доводы прямо противоречат требованиям статьи 11 Закона об основах охраны здоровья граждан в РФ, согласно которой медпомощь в экстренной форме оказывается медорганизацией и медработником гражданину **безотлагательно и бесплатно, а отказ в ней не допускается**, а также приказу регионального ОУЗ о маршрутизации пациентов с ОКС;

- необходимость оказания медпомощи в экстренной помощи и состояние поступивших пациентов подтверждается актами МЭК, согласно которым в отношении спорных 8 случаев пациенты поступали и проходили лечение в соответствии со следующими диагнозами: острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда (код I21.0 по МКБ-10); нестабильная стенокардия (код I20.0 по МКБ-10); острый субэндокардиальный инфаркт миокарда (код I21.4 по МКБ-10); острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда (код I21.1 по МКБ-10), повторный инфаркт нижней стенки миокарда (код I22.1 по МКБ-10);

- в силу приказов Минздрава России от 01.07.2015 N 405ан "Об утверждении стандарта специализированной медпомощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)", от 05.07.2016 N 456н "Об утверждении стандарта скорой медпомощи при ОКС без подъема сегмента ST", от 01.07.2015 N 404ан "Об утверждении стандарта специализированной медпомощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)", от 05.07.2016 N 457н "Об утверждении стандарта скорой медпомощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда" формой оказания медицинской помощи пациентам с такими диагнозами является экстренная форма;

- порядок оказания медпомощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями относит острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) к угрожающим жизни состояниям, а следовательно, пациентам требовалось оказание медпомощи в экстренной форме, в связи с чем **истец не мог отказать в приеме и лечении** поступивших пациентов, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, ссылаясь на превышение объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке терпрограммы ОМС;

- оказанная истцом медицинская помощь в рамках 8 спорных случаев не могла быть отложена (оказана в порядке очередности), перенесена на другой период (месяц) в пределах доведенных объемов в соответствии с решениями Комиссии, т.к. не являлась плановой;

- таким образом, оказание спорных медицинских услуг (медицинской помощи) с превышением выделенных лимитов по ОМС было для истца вынужденным, добросовестным (статья 10 ГК РФ), а потому оно не влечет последствий, предусмотренных пунктом 5.3.2 приложения 8 (Перечень оснований для отказа в оплате медпомощи) к Порядку

организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС N 36 от 28.02.2019.

Однако суд округа отменил постановление апелляционного суда и оставил в силе решение первой инстанции об отказе в иске. При этом суд округа вообще не рассматривал доводы о характере спорной медпомощи (о том, что она оказывалась в экстренном порядке для спасения жизни, превышение объемов было вынужденным, а медорганизация не имела права отказаться принять пациентов), а ограничился простым указанием на то, что предъявление к оплате "сверхобъемных" случаев противоречит договору со СМО, а в п. 21 Обзора судпрактики Верховного Суда РФ N 1 (2022), утвержденного Президиумом ВС РФ 01.06.2022, сформирован правовой подход, в соответствии с которым в оплате медпомощи сверх распределенного объема ее предоставления, установленного решением комиссии по разработке терпрограммы ОМС, может быть отказано, если в установленном порядке объем медицинской помощи не был перераспределен.

Верховный Суд РФ отказал медицинскому центру в пересмотре дела, не усмотрев оснований для передачи жалобы в СКЭС ВС РФ.

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

1. Как получить лицензию на дезинфекцию в целях санэпидблагополучия? (с 1 сентября 2024 года)

Постановление Правительства РФ от 20 марта 2024 г. N 337

Правительство РФ утвердило правила лицензирования услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации (в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения). Данная деятельность не подлежит лицензированию, если осуществляется юридическим лицом или ИП самостоятельно для обеспечения собственных нужд (однако уже появилось разъяснение лицензирующего органа о том, что для проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации в МКД необходимо обязательно получить лицензию).

Выдает лицензию Роспотребнадзор (его территориальные органы), лицензионные требования **к соискателю** не очень строги, соискателю необходимо иметь:

- наличие на праве собственности или ином законном основании зданий /помещений (кроме жилых!), в том числе используемых для приготовления и хранения дезсредств, либо наличие договора на осуществление хранения дезсредств в иных организациях;

- наличие на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, оборудования и техсредств (по перечню), необходимых для оказания заявленных услуг, а также СИЗ для дезинфектора (тоже по перечню);

- наличие в штате организации работника с высшим био- или медобразованием и профподготовкой (переподготовкой) или повышением квалификации по дезинфектологии (но лишь после 01.09.2025, а до этой даты достаточно работника с любым высшим образованием и профподготовкой (переподготовкой) или повышением квалификации по дезинфектологии). Для ИП требования скромнее - можно иметь работников, прошедших профобучение по профессии (должности) "Дезинфектор" (вне зависимости от базового образования) или профпереподготовку (повышение квалификации) по специальности "Дезинфекционное дело" при наличии среднего профессионального образования;

- иметь программы производственного контроля.

А вот лицензионные требования к лицензиату существенно строже: нужно не только иметь все вышеописанное, но и соблюдать (при осуществлении лицензируемого вида деятельности):

- требования к использованию средств для дезинфекции, дезинсекции и дератизации, **установленных санитарным законодательством;**

- требования к использованию средств для дезинфекции, дезинсекции и дератизации, установленных инструкциями по использованию указанных средств.

Это означает, что любой дефект при оказании лицензируемых услуг автоматически является нарушением лицензионных правил и карается, в лучшем случае, по ч. 3 ст. 14.1 КоАП РФ.

Оценка соблюдения лицензионных требований проводится в следующей форме:

- оценки соответствия соискателя лицензии (лицензиата) лицензионным требованиям - в форме выездной оценки (по заявлениям, поданным с 01.09.2024 по 31.12.2024 - в форме документарной и выездной оценки),

- лицензионного контроля (только в отношении лицензиата, по правилам Закона о госконтроле, при этом в течение первого года работы к лицензиату приходят с обязательным профилактическим визитом, а затем - с внеплановыми инспекционным визитом, документарной или выездной проверкой),

- периодического подтверждения соответствия лицензионным требованиям (только для лицензиата, каждые три года со дня выдачи лицензии).

2. Надлежащее восстановление на лицевом счете средств ОМС ("нецелевки") должно быть произведено в том же периоде, на который они были выделены и должны были быть израсходованы?

Определение СКЭС Верховного Суда РФ от 26 марта 2024 г. N 309-ЭС23-19711

Детская горбольница успешно отбила от двух претензий ТФОМС.

Первая касалась обоснованности использования средств ОМС для выплаты матпомощи - суды сочли, что в силу Положения об оплате труда работников учреждений, подведомственных городскому ОУЗ, из фонда оплаты труда, при наличии финансовых средств, работникам больницы может быть оказана материальная помощь в ряде случаев (смерть близкого родственника, утрата имущества на пожаре, необходимость оздоровления и т. д.), а кроме того, возможность работодателя оказывать работникам разовую материальную помощь предусмотрена коллективным договором. Следовательно, ТФОМС неверно расценил спорные траты на матвыплаты как нецелевые.

Вторая претензия касалась обязанности горбольницы вернуть средства ОМС, которые ранее были использованы ею не по целевому назначению (что ею и не отрицалось - на оплату отпуска с учетом ковидных стимвыплат). Больница объяснила - и суд вполне этим удовлетворился - что эти средства она уже вернула, а именно восстановила их на лицевом счете ОМС, следовательно, платеж той же суммой в адрес ТФОМС будет повторным перечислением уже восстановленных больницей средств ОМС.

Тройка судей СКЭС ВС РФ раскритиковала нижестоящие суды по обеим позициям и вернула дело на пересмотр:

- по вопросу о том, является ли восстановление средств на счете ОМС надлежащим исполнением обязанности по возврату средств, судам было необходимо проверить, **в каком именно периоде** больницей фактически произведено восстановление спорных денежных

средств, а именно: в том же периоде, на который эти средства были выделены из фонда ОМС и подлежали расходованию в рамках программы ОМС, или в другом периоде, в том числе после начала проведения фондом проверки целевого использования средств ОМС, полученных больницей. Указанные обстоятельства имеют существенное значение при решении вопроса об освобождении больницы от обязанности по возврату в бюджет ТФОМС средств ОМС, использованных не по целевому назначению;

- в части целевого расходования средств ОМС на выплаты матпомощи необходимо учесть, что выплаты социального характера, основанные на коллективном (а не на трудовом) договоре, не являющиеся стимулирующими, не зависящие от квалификации работников, сложности, качества, количества, условий выполнения самой работы, не являются оплатой труда работников (вознаграждением за труд), в том числе и потому, что не предусмотрены трудовыми договорами. Указанная правовая позиция отражена в постановлении Президиума ВАС РФ от 14.05.2013 N 17744/12. Поэтому судам необходимо рассмотреть доводы ТФОМС о том, что спорные выплаты матпомощи не являются расходами больницы на заработную плату сотрудников, предусмотренную действующей системой оплаты труда, и не включены в структуру тарифа на оплату медпомощи, предусмотренную ч. 7 ст. 35 Закона N 326-ФЗ, базовой и территориальной программами ОМС, а значит, - не могли быть осуществлены за счет средств ОМС.

3. Когда бригаде скорой помощи нужно платить зарплату из разных источников?

Определение Верховного Суда РФ от 26 февраля 2024 г. N 309-ЭС24-950

Решение АС Челябинской области от 17 мая 2023 г. по делу N А76-1224/2023

Постановление Восемнадцатого ААС от 28 июля 2023 г. N 18АП-8834/23

Постановление АС Уральского округа от 13 ноября 2023 г. N Ф09-7413/23

Существует правило: за счет средств ОМС можно начислять и выплачивать заработную плату только работникам организации, прямо или косвенно участвующим в оказании медицинской помощи / услуг по программе ОМС.

Как применить это правило к оплате труда персонала выездной бригады скорой медицинской помощи? Для этого нужно обратить внимание на **3 важных момента**.

1. Выезд бригады скорой помощи по заболеванию / состоянию, включенному в программу ОМС, оплачивается:

- за счет средств ОМС (КФО 7), если он был осуществлен к застрахованному пациенту - тогда в карте выезда будет указан номер полиса ОМС;

- за счет средств субсидий на выполнение задания или на иные цели (КФО 4 или КФО 5), если пациента не смогли по каким-либо причинам идентифицировать в системе ОМС. Например, бригада выезжала к незастрахованному лицу в рамках оказания экстренной помощи в системе ОМС.

Такая норма установлена как в рамках федеральной, так и региональных программ госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

2. Медицинское учреждение обязано обособленно учитывать помощь, оказанную по программе ОМС. Следовательно, расходы, в том числе и на заработную плату, также должны учитываться раздельно.

3. Если медицинская организация не исключает возможности оказания выездной бригадой скорой медицинской помощи услуг в рамках разных источников ее покрытия (средства ОМС, субсидий, приносящей доход деятельности), то желательно разработать локальный акт, регламентирующий распределение затрат на выплату заработной платы персоналу между всеми источниками. Это позволит избежать споров с контролирующими органами, например, при проверке целевого использования средств ОМС.

Рекомендуем обратить внимание на штатное расписание. А именно разделены ли в нем ставки по источникам финансирования. Если нет, то установленный работнику должностной оклад не будет автоматически распределяться по источникам финансирования в зависимости от того, сколько и каких вызовов он отработал. Поэтому на этапе составления и утверждения учреждением государственной системы здравоохранения штатного расписания подразделения "скорая помощь", принятия локального акта о распределении выплат между источниками финансирования, планирования ФОТ этого подразделения следует:

- проанализировать соотношение помощи, оказываемой по программе ОМС, и в рамках иных источников финансирования;

- определить правила и источник финансирования оплаты каждого вида начисления, входящего в заработную плату: должностного оклада, доплат и надбавок, премиальных выплат.

Главное, чтобы ФОТ за счет каждого источника соответствовал оказанной за счет этих источников помощи.

Когда оплата не должна входить в распределяемый по источникам финансирования ФОТ? В случае, если медицинскому учреждению выделена субсидия на иные цели для осуществления доплаты водителям или иному персоналу выездной бригады скорой помощи (см., в частности, п. 3.71 приказа Минздрава Ставропольского края от 10.12.2020 N 01-05/1447).

эксперты рекомендуют:

а) Если доминируют вызовы в рамках программы ОМС и их количество составляет нормативную штатную нагрузку персонала бригады скорой помощи, то оплата должностного оклада и надбавок (за вредность, за выслугу лет и т.п.) может осуществляться за счет средств ОМС. При этом вызовы, расходы по которым возмещаются за счет иных источников, можно рассматривать как "увеличение нагрузки", оплата за которую будет учтена при расчете премий или доплаты за увеличение объема либо иной выплаты.

б) Если можно определить среднемесячное плановое соотношение вызовов бригады скорой помощи за счет каждого источника финансирования, то для исключения претензий ФФОМС / ТФОМС фонд оплаты труда персонала следует распределять по источникам ежемесячно. Например, проанализировав все вызовы прошлого года, медицинская организация вывела среднемесячное соотношение вызовов за счет каждого источника финансирования: за счет средств ОМС - 75% помощи, за счет средств бюджета - 20% и за счет ПД - 5%. В этом случае ежемесячно все виды начислений, таких как должностной оклад, надбавки и доплаты по трудовому договору, автоматически распределятся по этим источникам. При этом ежеквартально проверяется правильность распределения общего квартального ФОТ.

Ситуация с распределением ФОТ персонала бригады скорой помощи по источникам финансирования рассматривалась в суде почти целый год!

В IV квартале медицинское учреждение осуществило выезды бригадами скорой помощи в следующей пропорции: 97% - к застрахованным лицам в рамках программы ОМС, 3% составили незастрахованные пациенты, расходы по которым были возмещены за счет средств бюджета.

Учитывая особенности поступления субсидии на иные цели за помощь незастрахованным пациентам, в IV квартале заработная плата персоналу структурного подразделения скорой помощи была начислена и выплачена за счет средств ОМС, а за вызовы к незастрахованным пациентам в I квартале следующего года была начислена и выплачена премия из средств целевой субсидии.

ТФОМС рассмотрел выплату премии в следующем расчетном периоде в качестве нарушения и посчитал, что заработная плата за 3% случаев оказанной в IV квартале помощи незастрахованным гражданам была произведена за счет средств ОМС, а это нецелевое использование средств ОМС.

Учреждение пояснило: несмотря на то, что премия была выплачена в следующем расчетном периоде, по приказу она относилась к выплате за работу IV квартала и ФОТ за IV квартал определялся с учетом премии. ФОТ с учетом премии был распределен: 97% за счет средств ОМС и 3% за счет бюджета. Выплата была произведена до начала проверки ТФОМС целевого использования средств ОМС, поэтому ее следует квалифицировать как устранение нарушения до его обнаружения ТФОМС, что должно исключать обязанность по возврату денежных средств в бюджет ТФОМС.

У этого дела оказался счастливый конец - суды всех инстанций согласились с позицией учреждения. Но само по себе оно показывает, насколько внимательно и аккуратно следует подходить к вопросу финансирования заработной платы персонала выездной бригады скорой помощи, оказывающей услуги по разным источникам финансирования.