



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА  
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

# ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

МАРТ 2026 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ  
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

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

**ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ**

**Март 2026 года. Выпуск №3 (67)**

**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> .....	2
1. Софинансирование зарплат из средств НСЗ: если запрошенные в ТФОМС "лишние" средства использованы по целевому назначению, они не подлежат возврату в НСЗ.....	2
2. Покупка лекарств и медрасходников для пациентов другого региона за счет средств ОМС: медцентр смог убедить суд в отсутствии "нецелевки" .....	4
3. Конституционный Суд РФ разрешил принудительное лицензирование в отношении дорогих лекарств, если их нехватка связана с ценовой политикой патентообладателя .....	5
<b>II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)</b> .....	8
1. Каково предельное значение уровня рентабельности, которое учреждение вправе включать в стоимость платной немедицинской услуги? .....	8
2. Возможно ли за счет средств ОМС производить доплату работникам до МРОТ отдельной выплатой (учреждение расположено в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре)?.....	11
3. Кто в автономном учреждении является лицом, ответственным за сохранность технической документации, паспортов, гарантийных талонов на манекены (в частности, медицинское оборудование): материально ответственное лицо или бухгалтер?.....	14

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

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

## **1. Софинансирование зарплат из средств НСЗ: если запрошенные в ТФОМС "лишние" средства использованы по целевому назначению, они не подлежат возврату в НСЗ**

**Определение Верховного Суда РФ от 13 февраля 2026 г. N 307-ЭС25-15087**

Детская поликлиника успешно оспорила акт проверки КРУ ТФОМС в части выводов о нецелевом использовании средств НСЗ для софинансирования расходов по оплате труда врачей и среднего медперсонала и требования вернуть эти средства в ТФОМС.

К таким выводам проверяющие из фонда пришли по следующей причине:

- соглашение между поликлиникой и ТФОМС на предоставление средств для софинансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медперсонала было заключено на год;

- в течение года поликлиника запрашивала у ТФОМС средства;

- однако, по мнению проверяющих, в отдельные периоды этого года дополнительные суммы финансирования на эти цели запрашивались необоснованно, то есть не соответствовали количеству принятых на работу сотрудников сверх фактической численности в конкретный отрезок времени;

- при этом совокупно за год никакого "перерасхода" полученных средств ТФОМС не обнаружили - все, что поликлиника получила, она выплатила в качестве стимулирующих выплат своим сотрудникам;

- но ведь в течение года запросы поликлиники (запланированные расходы на софинансирование) не всегда совпадали с тем количеством уволенных и нанятых людей и количеством занятых ставок, которое можно было бы предположить из размеров запрошенных средств, что ревизоры ТФОМС и сочли нецелевым использованием средств НСЗ.

Суды всех инстанций категорически с этим не согласились:

- из буквального содержания п. 7.2 ч. 2 ст. 20, ч. 6.6 ст. 26 Закона об ОМС, условий Соглашения между ТФОМС и поликлиникой, Порядка использования средств и Порядка ведения отчетности следует, что средства НСЗ ТФОМС, полученные в соответствии с заключенным Соглашением, поликлиника обязана расходовать на оплату труда врачей и среднего медперсонала, принятых в штат сверх фактической численности медработников по состоянию на 1 января текущего года, и объем предоставляемых средств зависит от прироста количества человек - медработников на последнее число отчетного месяца.

Согласно пунктам 158.4, 158.14 Правил ОМС N 158н и пунктам 196, 206 Правил ОМС N 108н, затраты на оплату труда и начисления на выплату по оплате труда определяются в соответствии с действующей системой оплаты труда;

- Положением о выплате надбавок поликлиники, установлено, что выплата стимулирующего характера по итогам работы начисляется в месяце, следующем за отчетным. Таким образом, стимвыплата попадает в расчетный листок медработника только в следующем месяце, с указанием периода ее начисления. Стимвыплата устанавливается по результатам оценки критериев эффективности работы медработника. Экономия в расходах, образованная при уменьшении сумм начислений по заработной плате в сравнении с запланированными (указанными) в заявках, учитывалась поликлиникой в следующих месяцах и направлялась на те же цели без запроса дополнительных средств из Фонда;

- нецелевым использованием бюджетных средств признаётся их направление на цели, не соответствующие полностью или частично целям, определенным законом, бюджетной сметой, соглашением, являющимся правовым основанием предоставления указанных средств (ч. 1 ст. 306.4 БК РФ);

- значит, использование средств ТФОМС можно расценивать как нецелевое исключительно в случае использования их на цели, не соответствующие условиям и назначениям получения, чего в данном случае не установлено. В результате анализа заявок поликлиники актом проверки не установлено несоответствие данных о численности уволенных среднего медперсонала, отраженных в заявках, фактическим данным, установленным на основании приказов об увольнении. Об этом в акте на странице 12 отмечено: "При проверке данных, отраженных в ежемесячных заявках на предоставление средств НСЗ (количество принятых на работу, количество уволенных, прирост численности на последнее число отчетного месяца) с данными, представленными в период проведения проверки (списки по принятым и уволенным, приказы о приеме на работу/увольнение) **отклонений не выявлено**";

- таким образом, в ходе проверки оценка расходования средств проводилась ежемесячно, без учета корректировки, проводимой поликлиникой. Данное обстоятельство привело к неправильному выводу о нецелевом использовании поликлиникой средств НСЗ;

- кроме того, приказом Федерального фонда ОМС от 12.04.2019 N 64 утверждена форма отчетности об использовании средств НСЗ ТФОМС для софинансирования расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала и порядок ее ведения. Согласно пунктам 4.5 и 5 данного Порядка в графах 8 и 9 отражается численность уволенных врачей и среднего медицинского персонала в отчетном периоде, соответствующая данным в графах 5 и 6 ежемесячной заявки медицинской организации на предоставление средств для софинансирования. В графах 5 и 6 данной заявки медицинская организация должна указать количество человек, уволенных на последнее число отчетного месяца. А в графах 9 и 10 заявки указывается прирост численности человек на последнее число отчетного месяца;

- ежемесячный анализ и контроль использования поликлиникой средств для софинансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медперсонала, не предусмотренный Порядком, при условии невозможности точного расчета средств на софинансирование, привел к выводам в Акте проверки о нецелевом использовании средств, что не соответствует действительности;

- из буквального содержания п. 7.2 ч. 2 ст. 20, ч. 6.6 ст. 26 Закона об ОМС, условий Соглашения, Порядка использования средств НСЗ и Порядка ведения отчетности НСЗ следует, что средства НСЗ ТФОМС, полученные в соответствии с заключенным Соглашением, поликлиника обязана расходовать на оплату труда врачей и среднего медперсонала, принятых в штат сверх фактической численности медицинских работников по состоянию на 1 января текущего года, и объем предоставляемых средств зависит от прироста количества человек - медицинских работников на последнее число отчетного месяца. Другими словами, при подсчете количества уволенных медработников поликлиника должна была учитывать всех уволенных медработников независимо от полноты занимаемой ими ставки.

## 2. Покупка лекарств и медрасходников для пациентов другого региона за счет средств ОМС: медцентр смог убедить суд в отсутствии "нецелевки"

Определение Верховного Суда РФ от 24 февраля 2026 г. N 305-ЭС25-15803

Территориальный фонд ОМС проверил медорганизацию (медцентр, специализирующийся на ЭКО) и выявил нецелевое использование средств:

- медцентр участвует в ТП ОМС на территории 22 субъектов РФ;
- внутренние локальные акты медцентра допускают использование средств ОМС, полученных в рамках ТП ОМС одного региона, на покупку медикаментов и медицинских расходных материалов для пациентов, застрахованных в другом регионе. Правда, при условии, что затем - исходя из количества затраченных препаратов по себестоимости - эти средства будут возмещены за счет средств ОМС того региона, где застрахован пролеченный пациент;
- при этом документы о покупке препаратов и расходников, а также об их использовании на "чужих" пациентов у медцентра были. А вот документов о возмещении трат из "чужих" ТФОМС - нет;
- притом, ведь неважно, есть ли эти документы, ведь структура тарифа на медпомощь в принципе не предусматривает покупку медикаментов для пациентов, застрахованных в других регионах (на реализацию "чужих" ТП ОМС).

ТФОМС "домашнего" региона счел это нецелевым расходованием средств, о чем указал в акте проверки.

Медцентр попытался оспорить этот акт, но не преуспел, - суды сослались на отсутствие подтверждающих документов о возмещении ТФОМСами других регионов тех средства, что были затрачены на лечение "их" пациентов.

Затем ТФОМС обратился с иском к медцентру о взыскании "нецелевых" сумм ОМС, опираясь на те же доводы. Суд первой инстанции согласился с фондом, однако вышестоящие судебные инстанции заступились за медорганизацию:

- если предположить, что спорная сумма (более 45 млн руб.) является нецелевым расходом, то,
- согласно письмам Минздрава РФ и Минфина РФ, - часть этой суммы, во избежание их нецелевого использования уже со стороны ТФОМСа-истца, должна подлежать возврату назад в ФФОМС в качестве неиспользованной субвенции;
- в данном случае, оказывая медуслуги пациентам, медцентр исполнил гарантии, установленные ст. 4 Закона N 326-ФЗ, на обеспечение за счет средств ОМС бесплатного оказания застрахованному лицу медпомощи при наступлении страхового случая в рамках ТП ОМС и БП ОМС;
- согласно абз. 2 п. 164 Правил ОМС (108н), терфонд региона, где пациенту выдан полис ОМС возмещает средства ОМС терфонду по месту оказания медпомощи не позднее 25 дней с даты получения счета. Поэтому, строго говоря, медцентр не обязан был доказывать, что ТФОМС по

месту оказания помощи получил возмещения из средств иных ТФОМС за иногородних пациентов;

- как следует из п. 25 Обзора судпрактики по делам, связанным с применением законодательства об ОМС, утв. Президиумом ВС РФ 27.11.2024, п. 24 Обзора судпрактики ВС РФ N 3 (2022), утв. Президиумом ВС РФ 21.12.2022, денежные средства ОМС являются федеральной собственностью, и территориальный фонд ОМС может только управлять государственными средствами ОМС, имеющими целевое значение, а также осуществлять государственный контроль за поступлением и расходованием этих средств;

- при этом федеральный ФОМС, выполняя функцию надзорного органа, в рамках дела по оспариванию акта проверки ТФОМС, высказал позицию, что медцентр вообще не допустил нецелевого расходования средств ОМС, потому что медорганизации обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медпомощь, в соответствии с программами ОМС, **без привязки к территориальной программе ОМС конкретного региона** (п. 5 ст. 15 Закона N 326-ФЗ); п. 6 ст. 15 Закона N 326-ФЗ не содержит требования о наличии отдельных лицевых счетов на оплату медицинской помощи по ТП ОМС каждого субъекта РФ;

- в рамках настоящего спора ответчиком-медцентром доказано и истцом-терфондом не опровергнуто, что ТФОМСы регионов РФ дали письменные ответы, что они возместили ТФОМСу-истцу денежные средства в полном объеме за пролеченных ответчиком пациентов;

- несмотря на зафиксированный актом истца факт нецелевого использования медцентром денежных средств ОМС на финансирование ТП ОМС других регионов, **в ЭТОМ деле** существенным и подлежащим доказыванию является лишь факт оплаты (возврата) терфондами в пользу ТФОМС-истца денежных средств за спорный период, то есть факт уже произведенного возврата третьими лицами требований истца;

- а поскольку эти средства возмещены, то нет оснований для удовлетворения требования о возмещении / обязанности возврата медцентром истцу спорной суммы.

Суд апелляционной инстанции отдельно указал, что - поскольку медцентр действительно использовал спорную сумму для реализации программы ОМС в пользу пациентов, застрахованных по ОМС в Территориальных фондах ОМС иных регионов РФ, что соответствует структуре тарифа, то указанные денежные средства были направлены строго на лечение застрахованных в иных регионах РФ пациентов в рамках общего объема пролеченных пациентов, в связи с чем, при таких обстоятельствах, **формулировка "нецелевое использование" является сомнительной.**

Верховный Суд РФ отказал ТФОМС в пересмотре дела.

### **3. Конституционный Суд РФ разрешил принудительное лицензирование в отношении дорогих лекарств, если их нехватка связана с ценовой политикой патентообладателя**

**Постановление Конституционного Суда РФ от 12 марта 2026 г. № 13-П**

Российский дистрибьютор выиграл иск к американской фармкомпании о предоставлении принудительной лицензии на ряд патентов, необходимых для производства оригинального препарата для лечения орфанного заболевания **муковисцидоза** - стоимостью 20 тыс. долл.

США за упаковку, для курса лечения пожизненно нужно 13 упаковок в год. Всего в РФ чуть менее 5000 пациентов с таким диагнозом.

Обладание данными патентами позволило истцу вывести на российский рынок аргентинский дженерик оригинального препарата - ценою примерно 8 тыс. долл. США за упаковку. Лекарства от муковисцидоза покупаются за счет средств бюджета, и годовая экономия составила 12,3 млрд руб., притом что потребление препаратов этого класса возросло почти вдвое. Других многокомпонентных лекарств этого класса для лечения муковисцидоза в РФ не зарегистрировано.

Суды мотивировали решение о предоставлении принудительной лицензии тем, что ответчик недостаточно использует свои изобретения (п. 1 ст. 1362 ГК РФ). Фармпроизводитель и его русский дистрибьютор пожаловались на норму ГК РФ в Конституционный Суд РФ, указав, что норма позволяет:

- не доказывать объемы недостаточного использования изобретения,
- постулировать дефицит лекарств из-за отказа патентообладателя участвовать в госзакупках,
- определять спрос на препарат исходя из количества пациентов в стране,
- и предоставлять лицензию без установления её объема (то есть лицензиат сможет не только закрыть дефицит лекарства, но и обогатиться за счет дополнительного выпуска лекарств).

Конституционный Суд РФ отклонил упреки в неконституционности п. 1 ст. 1362 ГК РФ, отметив следующее:

- общественный интерес охраны жизни и здоровья важнее защиты интеллектуальных прав;
- если патентообладатель заинтересован в патентной защите в РФ, он должен быть готов интегрировать запатентованный объект в экономику РФ, то есть учесть интересы страны и сотрудничать с ней, в том числе уменьшать цены на свою продукцию. При отсутствии такой готовности РФ может корректировать возникший дисбаланс частных и публичных интересов, чтобы пресечь злоупотребления и стремление патентообладателя к неоправданным экономическим преимуществам;
- цель института принудительного лицензирования - не наказание за ненадлежащее использование объекта интеллектуальных прав, а восполнение и устранение дефицита для защиты общественного интереса. Главный совокупный общественный интерес России - это безопасность и благополучие своих граждан, даже если (как в случае с орфанными пациентами) это сравнительно небольшой круг людей. Существенным является и отсутствие альтернатив в достижении значимого общественного интереса. Предотвращение страданий больных - общественный интерес особого рода, требующий первоочередного внимания;
- для предоставления принудительной лицензии **нужно доказать: 1.** нехватку на российских рынках товаров, работ или услуг, дистрибуция которых зависит от действия патентов, то есть недостаточность предложения продукции; **2.** неиспользование или недостаточное использование патентообладателем своего изобретения, полезной модели или промышленного образца, имевшие место на протяжении установленных нормой сроков; **3.** причинно-следственную связь между первыми двумя обстоятельствами, и **4.** причину недостаточности использования объекта интеллектуальных прав патентообладателем, которой может быть либо его недобросовестность, либо его пассивность, либо поведение, которое не содержит признаков недобросовестности, но в силу сложившихся объективных обстоятельств создает угрозу для

значимого общественного интереса, а потому фактически приобретает свойства недобросовестного;

- **доказывание нехватки.** Простое арифметическое сравнение количества пациентов и объемов проданного лекарства является небыстречным доказательством - поскольку лечить пациентов могут разными методами, могут быть случаи индивидуальной непереносимости и т. п. Однако сопоставление объемов поставленных препаратов и количества больных способно нести определенную информативность и потому использоваться как аргумент, обосновывающий критичность сложившейся на товарном рынке ситуации;

- **доказывание неиспользования объекта интеллектуальных прав.** Такое неиспользование или недостаточное использование может быть обусловлено недобросовестным поведением патентообладателя, его деловой пассивностью либо неквалифицированностью, небрежным, самонадеянным или безразличным отношением к тому, как используется его инновационная разработка в пределах юрисдикции, выдавшей ему патент. Для наступления последствий в виде предоставления принудительной лицензии недобросовестность действий или бездействия патентообладателя должна иметь место именно в совокупности с возникновением **недостатка предложения** соответствующей продукции на рынках и находиться с ним в причинно-следственной связи;

- **доказывание недобросовестности.** Недобросовестное поведение может выражаться в создании искусственного дефицита предложения и в установлении произвольных (дискриминационных) условий для вывода товара на рынок, например, с целью получения сверхприбыли. Если объективные факторы мешают патентообладателю насыщать рынок востребованным товаром по **справедливым** ценам, его поведение может квалифицироваться как недобросовестное после того, как он без уважительных причин отказался от выдачи заинтересованному лицу обычной неисключительной лицензии для насыщения рынка. Неуважительными причинами в данном случае являются недостаток средств/мощностей для расширения производства, исполнение антироссийских санкций, борьба за сохранение монополии и доминирующего положения на рынках;

- установление и поддержание высоких цен на свой продукт в некоторых случаях также можно рассматривать как недобросовестное поведение патентообладателя. Конечно, высокие цены на оригинальные препараты стали "деловым обыкновением" международного рынка, и даже Закон о защите конкуренции (ч. 2 ст. 6) не признает монопольно высокой цену товара, являющегося результатом инновационной деятельности. Значит, высокая цена на оригинальное лекарство - **сама по себе** - едва ли может квалифицироваться как злоупотребление правом. Однако если патентообладатель готов поставлять запатентованный товар **исключительно по чрезвычайно высокой для потребителей товара цене**, то получается, что он сам же стимулирует недостаточность использования своего изобретения. Такие патентообладатели хотят переложить груз произведенных затрат на разработку и внедрение инновационного продукта на бюджетные системы или частных потребителей, сохраняя при этом возможность мультиплицировать эту компенсацию на различные территориальные рынки. Хотя, как правило, официально и достоверно они эти затраты даже не подтвердили;

- так, если бы в РФ не было системы господдержки лиц, больных муковисцидозом (программа 16 ВЗН), и лекарства не закупались бы за счет бюджетов, то количество проданных в России единиц оригинального препарата стремилось бы к нулю, причем лишь потому, что патентообладатель упорно настаивает на сверхвысокой цене (в сопоставлении со среднестатистическим уровнем доходов населения). Нежелание же патентообладателя снижать цену доказывается и его неучастием в ряде объявленных в России торгов для закупок данного препарата, где была изначально зафиксирована максимальная цена предложения, слишком

"низкая" для патентообладателя. Значит, он осознает и допускает недостаточность использования ими запатентованного объекта, а в перспективе - и дефицит данного товара;

- неучастие в торгах для закупок продукции, произведенной с использованием запатентованного изобретения, может быть обусловлено объективными причинами. Однако **установление чрезвычайно высокой цены на такую продукцию и неоднократный отказ** от участия в торгах для госзакупок такой продукции по причине неготовности снижать цену для того, чтобы уложиться в лимитированные параметры торгов, способны свидетельствовать о как минимум безразличном отношении патентообладателя к наличию общественного интереса, значимого для юрисдикции, предоставившей ему патентную защиту;

- в указанном случае поведение патентообладателя формально не обладает признаками недобросовестного, но фактически приобретает свойства такового;

- а следовательно, может расцениваться как недостаточное использование запатентованного объекта интеллектуальных прав и влечь предоставление судом принудительной лицензии;

- таким же образом должен разрешаться вопрос об объеме возможностей, предоставляемых принудительной лицензией лицензиату. Действие принудительной лицензии можно прекратить, если дефицит продукции исчез, в том числе потому что патентообладатель сам стал активнее использовать свой продукт на рынке (например, снизит цену). Поскольку принудительная лицензия имеет характер простой (неисключительной), то ст. 1362 ГК РФ позволяет предоставлять аналогичные лицензии не одному, а нескольким лицензиатам, и не обязывает лицензиата устранить весь дефицит продукции исключительно собственными силами.

**ВАЖНО:** Конституционный Суд РФ отдельно отметил, что этот подход, сформулированный в отношении предоставления принудительной лицензии на использование изобретения для производства и поставок лекарств, применим и к предоставлению принудительных лицензий **в иных сферах** с учетом их особенностей.

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

### 1. Каково предельное значение уровня рентабельности, которое учреждение вправе включать в стоимость платной немедицинской услуги?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения, расположенное в Астраханской области, при оказании платных немедицинских услуг вправе самостоятельно определять уровень рентабельности исходя из сложившейся конъюнктуры рынка.

В отличие от медицинской услуги, предельного значения для показателя "рентабельность немедицинской услуги" нормативными документами не установлено.

Однако, по нашему мнению, определение "необоснованно высокого" уровня рентабельности, т.е. нехарактерного для среднего показателя рентабельности по виду экономической деятельности, к которому относятся немедицинские услуги, является признаком несбалансированности распределения затрат учреждения на этапе планирования между всеми источниками и видами деятельности.

Обоснование вывода:

Возможность оказания медицинскими учреждениями неосновных (немедицинских) платных услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, определена в ч. 1 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". При этом такая деятельность должна быть предусмотрена в учредительных документах (Уставе) учреждения (п. 4 ст. 9.2 Федерального закона от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях", далее - Закон N 7-ФЗ).

Порядок определения цен на платные услуги, относящиеся к основным видам деятельности бюджетного учреждения, устанавливает орган-учредитель (п. 4. ст. 9.2 Закона N 7-ФЗ). В отношении порядка определения цен на платные медицинские услуги аналогичное требование определено в п. 9 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736).

Что касается, порядка установления платы по неосновным (немедицинским) услугам законом каких-либо положений и ограничений нами не выявлено. Однако в некоторых регионах органы-учредители дают рекомендации своим подведомственным учреждениям по расчету цен (тарифов) на платные немедицинские услуги.

Так, в отношении государственных учреждений здравоохранения Астраханской области, подведомственных Минздраву Астраханской области, такие рекомендации даны в п. 6 Методики определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, утвержденной распоряжением Минздрава Астраханской области от 10.07.2014 N 982р\*(1).

В частности, в указанном документе рекомендовано:

- при расчете цены (стоимости) на немедицинские услуги, оказываемые на платной основе и предусмотренные уставной деятельностью учреждения, применять Порядок расчета цен (тарифов) на платные медицинские услуги (смотрите Порядок..., утвержденной постановлением Минздрава Астраханской области от 07.09.2023 N 6П);
- уровень рентабельности при оказании платных немедицинских услуг определяется учреждениями здравоохранения самостоятельно, исходя из сложившейся конъюнктуры рынка.

Таким образом, учреждения здравоохранения, подведомственные Минздраву Астраханской области, придерживаясь указанных рекомендаций, устанавливают цены (тарифы) на платные немедицинские услуги с учетом покрытия издержек на оказание данных услуг и уровня рентабельности, определенного учреждением самостоятельно, исходя из сложившейся конъюнктуры рынка.

Считаем, что при определении уровня рентабельности необходимо учитывать следующее:

1. Фактические цены на платные услуги (в т.ч. немедицинские) складываются из:

- затрат на их оказание (калькуляция себестоимости), которые делятся на прямые (связанные только с оказанием конкретной услуги) и общеучрежденческие;

- необходимого уровня рентабельности с учетом конъюнктуры рынка (спроса и предложения), который может учитывать степень срочности исполнения услуги и т.п.

2. Анализ рыночных предложений на аналогичные услуги показывает, что уровень цен на них может существенно различаться в зависимости от используемых материалов и сложности манипуляций, а не за счет повышения/снижения уровня рентабельности.

3. Целью бюджетных медучреждений, как некоммерческих организаций, является оказание услуг в сфере охраны здоровья граждан, а не получение прибыли. Т.е. самостоятельно заработанные медучреждением денежные средства, в том числе от оказания немедицинских услуг, должны быть направлены на достижение указанной цели (например, на расширение и развитие услуг, указанных в Уставе учреждения, на покрытие кредиторской задолженности, образовавшейся в связи недостаточным финансированием по основным видам деятельности).

При анализе финансово-хозяйственной деятельности учреждения рентабельность рассматривается как показатель экономической эффективности. Принято считать, что рентабельность конкретного вида деятельности от 5% до 20% является средней, устойчивой для развития учреждения\*(2). В этом случае себестоимость определена оптимально, т.е. учтены все затраты для оказания услуг, определены дополнительные (общеучрежденные) расходы, которые будут покрываться за счет этого вида деятельности, сбалансировано разнесены доходы и расходы при планировании в Плане ФХД. Уровень нераспределенных финансовых средств, т.е. прибыль, составляет не более 20%.

Рентабельность свыше 30% в экономической справочной литературе считается сверхвысокой. Т.е. свыше 30% выручки учреждение решило не распределять на затраты, а расходовать по мере возникновения хозяйственных ситуаций. В этом случае при анализе эффективности планирования контролирующими органами может быть сделан вывод, что учреждение на этапе планирования не формирует обоснование всех допустимых затратах учреждения на текущий финансовый год или перекладывает часть затрат на погашение за счет бюджетных средств.

Во избежание претензий со стороны контролирующих органов (в.ч. Федеральной антимонопольной службы) стоимость каждой немедицинской услуги должна быть обоснована. Для этих целей в учреждении целесообразно разработать методику расчета стоимости платных немедицинских услуг и правила установления для них величины рентабельности.

Ответ подготовил:

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ  
профессиональный бухгалтер, член ИПБ России Андреева Наталья

## **2. Возможно ли за счет средств ОМС производить доплату работникам до МРОТ отдельной выплатой (учреждение расположено в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре)?**

**По данному вопросу мы придерживаемся следующей позиции:**

**Доплата до МРОТ как отдельная выплата может осуществляться за счет средств ОМС при условии, что такая выплата предусмотрена системой оплаты труда в учреждении и производится в отношении работников, осуществляющих свои трудовые функции в рамках деятельности по ОМС.**

### **Обоснование позиции:**

В соответствии с ч. 3 ст. 133 ТК РФ зарплата работника, который полностью отработал норму рабочего времени за установленный период и выполнил свои трудовые обязанности, не может быть ниже минимального размера оплаты труда (МРОТ).

Региональные органы власти субъектов РФ имеют право устанавливать свои минимальные размеры оплаты труда, которые могут превышать федеральный МРОТ, на основании региональных соглашений (ст. 133.1 ТК РФ) (далее под МРОТ понимается также МРОТ, установленный в регионе).

Таким образом, если зарплата работника оказывается ниже установленного МРОТ, работодатель обязан довести ее до уровня не ниже МРОТ (подробнее см. Энциклопедию решений. Как обеспечить соблюдение требований о минимальном размере заработной платы?).

Как показывает практика, варианты доведения зарплаты до установленного уровня МРОТ могут быть следующие:

1. Установление надлежащих размеров (увеличение) окладов/тарифных ставок/сдельных расценок и стимулирующих выплат (этот вариант является наиболее корректным и отвечающим смыслу трудового законодательства);

2. Установление в коллективном договоре, локальном нормативном акте или трудовом договоре "доплаты до МРОТ" как отдельной выплаты. При этом необходимо определить не только размер доплаты, но и порядок ее расчета и выплаты, что также должно быть зафиксировано в одном из вышеуказанных документов. Отметим, что в государственных учреждениях порядок определения такой доплаты и источники ее финансового обеспечения, как правило, устанавливается на уровне органа-учредителя (см., например, приказ Минздрава Республики Коми от 30.06.2018 N 6/274, в котором прямо установлена возможность доплаты до уровня МРОТ работникам, месячная заработная плата которых ниже минимального размера оплаты труда, полностью отработавшим за этот период норму рабочего времени и выполнившим нормы труда), приказ Минздрава Республики Коми от 02.03.2020 N 312-р, которым утвержден Порядок предоставления государственным учреждениям здравоохранения... за счет межбюджетных трансфертов бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Коми на финансовое обеспечение расходов в целях доведения заработной платы до минимального размера оплаты труда в соответствии с федеральным законодательством").

Необходимо отметить, что в любом случае выплата заработной платы в размере не менее МРОТ должна обеспечиваться непосредственно через выплаты, предусмотренные системой оплаты труда.

При определении возможности использования средств ОМС на осуществление расходов в целях доведения заработной платы до минимального размера оплаты труда как отдельного вида выплат следует проанализировать:

- входят ли такие расходы в структуру тарифов на оплату медицинской помощи;
- требуются ли такие расходы для обеспечения медицинской деятельности учреждения, будут ли они направлены (непосредственно или косвенно) на оказание медицинских услуг по программе ОМС;
- не предусмотрен ли иной источник покрытия таких расходов.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной в составе Правил обязательного медицинского страхования (утв. приказом Минздрава России от 21.08.2025 N 496н, далее - Правила N 496н).

Статьи затрат, входящие в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержатся:

- в п. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- в п. 268 Правил N 496н;
- в Тарифном соглашении по обязательному медицинскому страхованию, установленном в регионе на соответствующий год (отметим, что на момент подготовки данного ответа Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2026 год в открытом доступе отсутствует).

В соответствии с п. 7 ст. 35 Закон N 326-ФЗ, пп. 268, 278, 290 Правил N 496н в расчет тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС включаются затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, которые принимают непосредственное участие в оказании медицинской помощи и которые не принимают непосредственного участия, но их трудовые функции направлены на обеспечение деятельности учреждения в целом (административно-управленческий, административно-хозяйственный, вспомогательный и иной персонал). При этом допустимость осуществления расходов на оплату труда за счет средств ОМС определяется в соответствии с нормами действующей в учреждении системы оплаты труда.

По своей экономической сущности "доплата до МРОТ" как отдельная выплата является элементом заработной платы. Поэтому может осуществляться за счет средств ОМС при условии, что такая выплата предусмотрена системой оплаты труда в учреждении и производится в отношении работников, осуществляющих свои трудовые функции в рамках деятельности по ОМС.

В государственных учреждениях субъектов РФ системы оплаты труда устанавливаются соглашениями, коллективными договорами, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов РФ.

Учитывая, что учреждение расположено в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, в первую очередь необходимо проанализировать нормативные акты региона, регулирующие вопросы оплаты труда в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского АО - Югры, в том числе:

- Положение об установлении системы оплаты труда работников медицинских организаций... (утв. приказом Депздрава Ханты-Мансийского АО - Югры от 29.10.2015 N 13-нп, далее - приказ N 13-нп, Положение N 13-нп);

- Отраслевое соглашение между Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры и Региональной организацией Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Ханты-Мансийского автономного округа - Югры по обеспечению социально-трудовых гарантий работникам отрасли на 2024-2026 годы (от 12.12.2023, далее - Отраслевое соглашение).

Согласно п. 1.4 приказа N 13-нп системы оплаты труда работников медицинских организаций региона, органом-учредителем которых является Депздрав Ханты-Мансийского АО - Югры, устанавливаются в том числе в соответствии с Положением N 13-нп. В нем определены, в частности:

- конкретные размеры окладов (должностных окладов) по профессиональным квалификационным группам (отметим, что на момент подготовки ответа согласно Положению N 13-нп размеры окладов по некоторым должностям ниже уровня МРОТ, установленного с 01.01.2026);

- виды, порядок и условия осуществления компенсационных, стимулирующих выплат и иных выплат.

Также Положением N 13-нп не предусмотрено включение в систему оплаты труда учреждений такого вида выплат, как "доплата до МРОТ".

Поэтому в данном случае осуществление учреждением расходов в виде "доплаты до МРОТ" как отдельной выплаты, не предусмотренной системой оплаты труда, за счет любых источников (в т.ч. средств ОМС) может привести к претензиям со стороны контролирующих органов.

Вместе с тем необходимо отметить, что согласно п. 3.2 Отраслевого соглашения оплату труда в учреждениях, учредителем которых является Депздрав Ханты-Мансийского АО - Югры, в размере не ниже МРОТ, установленного федеральным законом, с применением к нему районного коэффициента и процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях (при условии полного выполнения работником норм труда и отработки месячной нормы рабочего времени) гарантирует орган-учредитель.

Поэтому для того, чтобы учреждению выполнить требования трудового законодательства об оплате труда не менее МРОТ с января 2026 года, считаем необходимым в первую очередь уточнить у органа-учредителя, планируются ли в ближайшее время внесение изменений в Положение N 13-нп с целью доведения заработной платы до уровня МРОТ путем увеличения окладов (должностных окладов), как это было сделано в 2025 году\*(1). Также важно выяснить, возможно ли установление системой оплаты труда отдельного вида выплат (доплаты до МРОТ) с целью выполнения норм ТК РФ до момента внесения изменений в Положение N 13-нп, и уточнить возможные источники финансового обеспечения таких расходов.

Дополнительно отметим, что анализ иных нормативных правовых актов региона (в т.ч. Порядка определения объема и условий предоставления из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа - Югры бюджетным и автономным учреждениям, находящимся в ведении Депздрава автономного округа - Югры, субсидий на иные цели, утв. приказом Депздрава от 8 декабря 2020 г. N 11-нп) показал, что в целях доведения заработной платы до МРОТ использование средств бюджета на указанные расходы не предусмотрено.

Ответ подготовил:  
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ  
Сизонова Ольга

### **3. Кто в автономном учреждении является лицом, ответственным за сохранность технической документации, паспортов, гарантийных талонов на манекены (в частности, медицинское оборудование): материально ответственное лицо или бухгалтер?**

**Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:**

**Оригиналы технической документации, паспортов, гарантийных талонов подлежат хранению лицами, за которым закреплена данная обязанность локальным актом автономного учреждения.**

**Обоснование вывода:**

В первую очередь отметим, что согласно положениям п. 1.3.3 Перечня типовых управленческих архивных документов, утвержденного приказом Федерального архивного агентства от 20.12.2019 N 236 "Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков их хранения" любая техническая документация, в том числе технические паспорта, гарантийные талоны, относятся к управленческо-распорядительной имуществом документации, а не к документам бухгалтерского учета (ч. 1 ст. 29 Федерального закона от 06.12.2011 N 402-ФЗ "О бухгалтерском учете").

При этом нормативными правовыми актами не установлен конкретный перечень подразделений, отделов, должностей в обязанности которых входит обеспечение сохранности управленческо-распорядительной документации, в том числе технической документации, паспортов, гарантийных талонов по оборудованию, которое находится в учреждении в эксплуатации (в запасе, на консервации и др.). Следовательно, соответствующий порядок должен быть закреплён внутренним локальным актом учреждения (например учетной политикой)\*(1).

Широко применяется практика, когда техническая документация на движимое имущество (в том числе медицинское оборудование и иные объекты основных средств) подлежит хранению у должностных лиц, которые несут ответственность за сохранность закрепленных на основании распоряжений (приказов) учреждения за ними материальных ценностей.

По нашему мнению, такой порядок хранения наиболее обоснован. Так например, информация, которая содержится в технической документации может быть использована при проведении инвентаризации. Согласно п. 17 Общих требований к организации инвентаризации активов и обязательств, установленных Стандартом "Учетная политика, оценочные значения и ошибки" (далее - Общие требования к инвентаризации) при проведении инвентаризации фактическое наличие объектов инвентаризации должно выявляться путем установления их действительного существования, обоснованности их наличия (владения субъектом учета или публично-правовым образованием, являющимся учредителем субъекта учета), оценки их состояния. В целях реализации полномочий, возложенных на инвентаризационную комиссию, ее члены могут затребовать техническую документацию для определения соответствия первоначальных технических характеристик фактическому наличию. Кроме того, в технической документации содержится информация о наличии драгоценных металлов, что также является предметом инвентаризации (п. 2 Общих требований к инвентаризации). Информация, содержащиеся в технической документации и (или) гарантийных талонах, может быть использована комиссией по поступлению и выбытию активов при принятии решения о возврате поставщику бракованного оборудования, целесообразности его ремонта или списания с балансового учета. Также техническая документация может быть истребована при осуществлении технического обслуживания медицинского оборудования соответствующими специалистами.

**Ответ подготовил:  
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ**