



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ИЮНЬ 2026 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Июнь 2026 года. Выпуск №6 (70)

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. Межтерриториальные расчеты в ОМС: срок исковой давности составляет 5 лет	2
2. Когда же нужно успеть восстановить "нецелевку" ОМС, чтобы избежать взыскания её суммы и штрафа?	3
3. Поликлиника является структурным подразделением ЦРБ, но врач этой поликлиники не является врачом ЦРБ для целей получения специальной социальной выплаты	5
II. ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)	7
1. К нарушениям требований каких нормативных правовых актов приводит простой медицинского оборудования, приобретенного в рамках федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации", выявленный в рамках контроля органом Росздравнадзора?	7
2. Для проведения телемедицинских консультаций (телемедицина) центральной районной больнице необходимо изменить операционную систему с 1.6 на 1.8. Для этого необходимо приобрести лицензию на обновление операционной системы для рабочих станций на срок действия неисключительного права (с включенными обновлениями тип. 1 на 12 месяцев)	10
Может ли центральная районная больница приобрести данную лицензию, а также неисключительные права на антивирусную программу (Касперский) за счет средств обязательного медицинского страхования?	10
3. Обязан ли работодатель оплачивать медицинскому психологу повышение квалификации в связи с желанием работника, занимающего эту должность, повысить квалификационную категорию?	12
Аккредитация у этого работника - до декабря 2027 года	12

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

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

1. Межтерриториальные расчеты в ОМС: срок исковой давности составляет 5 лет

Определение Верховного Суда РФ от 20 мая 2026 г. N 307-ЭС26-3352

Суды всех инстанций удовлетворили иск подмосковного ТФОМС к ТФОМСУ иного региона о взыскании более 150 млн руб. за медпомощь, оказанную застрахованным из региона фонда-ответчика на территории Московской области. Основные доводы - по спорным случаям медпомощи истцом были организованы МЭЭ и ЭКМП, которые подтвердили обоснованность и качество лечения, акты этих МЭЭ и ЭКМП ответчиком не оспорены, и, при несогласии с результатами экспертиз, ответчик не начал специальную процедуру выбора специалиста-эксперта для повторной экспертизы, что не согласуется с положениями пункта 168 Правил ОМС.

Спорная медпомощь была оказана в период с января 2020 г. по ноябрь 2023 г.

Ответчик, кроме прочего, указывал на то, что требования об оплате части медпомощи предъявлены после истечения трехлетнего срока давности, установленного п. 1 ст. 196 ГК РФ.

Этот довод суды отклонили в связи со следующим:

- статьей 197 ГК РФ предусмотрено, что для отдельных видов требований законом могут устанавливаться специальные сроки исковой давности, сокращенные или более длительные по сравнению с общим сроком;

- в силу ч. 4 ст. 93.4 Бюджетного кодекса РФ срок исковой давности в пять лет устанавливается по требованиям Российской Федерации, возникающим в связи с предоставлением и (или) исполнением Российской Федерацией государственных гарантий Российской Федерации, а также по требованиям, возникающим в связи с предоставлением на возвратной и (или) возмездной основе бюджетных денежных средств;

- в силу пп. 1, 6 ч. 1 ст. 6 Закона N 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация ОМС на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными настоящим Законом, в том числе: утверждение ТП ОМС и реализация базовой программы ОМС на территориях субъектов РФ в пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС; финансовое обеспечение медпомощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС;

- согласно ч. 1 ст. 13 Закона N 326-ФЗ территориальные фонды ОМС - это некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Законом для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации;

- на основании ст. 10 БК РФ к бюджетам бюджетной системы Российской Федерации относятся бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов, в силу п. 10 ч. 8 ст. 20 БК

РФ едиными для бюджетов бюджетной системы Российской Федерации элементами доходов являются бюджеты территориальных фондов ОМС;

- в соответствии с ч. 2 ст. 34 Закона N 326-ФЗ ТФОМС осуществляет управление средствами ОМС на территории субъекта РФ, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медпомощи в рамках программ ОМС;

- в соответствии с ч. 1 ст. 133.2 БК РФ под субвенциями бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета ФОМС понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов ОМС в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами;

- на основании пп. 1, 2 ч. 4 ст. 26 Закона N 326-ФЗ доходы бюджетов территориальных фондов ОМС формируются в соответствии с бюджетным законодательством РФ. К доходам бюджетов территориальных фондов ОМС относятся субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС, межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ФОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации. В соответствии с ч. 6.1 ст. 26 Закона N 326-ФЗ ТФОМС в части средств, направляемых на осуществление расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, формируется за счет доходов бюджета ТФОМС, указанных в части 4 настоящей статьи;

- согласно п. 162 Правил ОМС N 108н межтерриториальные расчеты осуществляются за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда;

- таким образом, полномочия ТФОМС Московской области по межтерриториальным расчетам за медпомощь, оказанную пациентам из других регионов, **представляют собой полномочия Российской Федерации**, переданные для осуществления Московской области, и реализуются за счет средств бюджетной системы РФ,

- следовательно, исковая давность по рассматриваемым требованиям о взыскании задолженности составляет пять лет.

Верховный Суд РФ отказался пересматривать дело.

2. Когда же нужно успеть восстановить "нецелевку" ОМС, чтобы избежать взыскания её суммы и штрафа?

Определение СКЭС Верховного Суда РФ от 1 июня 2026 г. N 310-ЭС25-14588

Тройка судей Экономической коллегии ВС РФ пересмотрела спор между частной клиникой и ТФОМС о возврате сумм ОМС, использованных не по целевому назначению (мы подробно писали об аргументах ТФОМС, из-за которых дело отправили в "тройку").

Суть дела в том, что факт нецелевого использования никто из сторон и не отрицал, но клиника настаивала на том, что уже "вернула" путем их восстановления в учете в качестве средств ОМС, сделала это до вынесения акта проверки ТФОМС, поэтому нарушение устранено и штрафовать клинику, а также взыскивать "нецелевку" не надо.

Суды трех инстанций согласились с этим, сославшись, в том числе, на позицию Верховного Суда РФ, изложенную в обзоре практики ВС РФ (утв. Президиумом ВС РФ 27 ноября 2024 г.).

Согласно этой позиции, "восстановление медицинской организацией средств ОМС, использованных не по целевому назначению, за счет иных предусмотренных законом источников **до составления акта проверки ТФОМС** само по себе не влечет привлечение медорганизации к ответственности за нецелевое использование таких средств".

Однако тройка судей СК ЭС ВС РФ отменила все состоявшиеся по делу судебные акты, отметив, что:

- закон предусматривает ответственность медицинских организаций просто за сам свершившийся факт использования не по целевому назначению средств, перечисленных по договору на оказание и оплату медпомощи по ОМС;

- принимая во внимание, что факт нецелевого использования денежных средств судами установлен и подтверждается материалами дела, у судов не было правовых оснований для признания недействительными акта внеплановой комплексной проверки ТФОМС;

- вопреки выводам судов, последующее восстановление денежных средств, осуществленное **после окончания отчетных периодов** (в ходе проведения проверки), не свидетельствует об отсутствии оснований для привлечения к ответственности, которая по смыслу ч. 9 ст. 39 Закона N 326-ФЗ наступает за сам факт нецелевого использования средств ОМС;

- при этом Верховный Суд РФ обосновал свой вывод **тем же самым** пунктом упомянутого выше Обзора практики.

Таким образом, один и тот же пункт Обзора судебной практики ВС РФ сам ВС РФ и "комплект" специалистов нижестоящих судов истолковали ровно противоположным образом.

К горькому сожалению отрасли, СК ЭС ВС РФ не сочла необходимым привести более развернутое разъяснение упомянутой примененной правовой позиции. Однако можно предположить, что ключевым параметром является момент восстановления "нецелевки":

- упомянутая правовая позиция, приведенная в Обзоре судпрактики ВС РФ, иллюстрирована в этом же Обзоре двумя примерами;

- в первом примере ВС РФ соглашается с тем, что фактическое восстановление медорганизацией на счете ОМС использованных не по целевому назначению денежных средств до составления акта проверки ТФОМС не влечет необходимости перечисления медицинской организацией данных средств в бюджет ТФОМС. Иное означало бы изъятие денежных средств, принадлежащих медорганизации, а не возврат их в соответствующий бюджет, и фактическое получение территориальным фондом спорных денежных средств в двойном размере, что является недопустимым;

- во втором примере ВС РФ соглашается с законностью требований фонда о возврате сумм, использованных не по целевому назначению, поскольку спорные средства ОМС были использованы медорганизацией не по целевому назначению в период 2018-2020 гг., а восстановила она эти средства на собственном счете ОМС только 27 октября 2022 г., то есть после проведения фондом проверки, выявления допущенного медорганизацией нарушения и составления соответствующего акта, что свидетельствует о недобросовестности поведения медорганизации;

- таким образом, непротиворечиво истолковать комментируемое определение "тройки" судей ВС РФ можно лишь таким образом: чтобы избежать взыскания в бюджет ТФОМС "нецелевых" сумм, нужно восстановить их, во-первых, до завершения проверки и составления акта, а во-вторых, **до истечения того периода, на медпомощь в котором и были выделены эти средства.**

3. Поликлиника является структурным подразделением ЦРБ, но врач этой поликлиники не является врачом ЦРБ для целей получения специальной социальной выплаты

Определение Верховного Суда РФ от 22 мая 2026 г. N 302-ЭС26-3207

Центральная районная больница проиграла спор с отделением СФР из-за неправильно оформленных документов на сотрудника. Этот сотрудник работает врачом-инфекционистом в обособленном структурном подразделении ЦРБ - сельской поликлинике, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу прикрепленному населению. Однако из документов, поданных в СФР, чиновникам показалось, что это врач ЦРБ, поэтому инфекционисту ошибочно насчитали и перечислили ССВ в размере большем, чем нужно.

Сумма переплаты составила 4 000 рублей.

ЦРБ доказывала, что никакой ошибки и не было, работник получил ССВ в надлежащем размере: он же работает в подразделении ЦРБ, трудовой договор заключен с самой ЦРБ, следовательно, по умолчанию является врачом центральной районной больницы, к тому же из его должностной инструкции следует, что, несмотря на работу в поликлинике, он должен оказывать некоторую медпомощь и в стационаре.

Однако суды отклонили эти доводы:

- указанный работник в соответствии с трудовым договором осуществляет трудовую деятельность в обособленном структурном подразделении - поликлиника;

- следовательно, он относится к категории "врачи, к которым обращаются (которых посещают) граждане по поводу заболеваний (состояний) или с профилактической целью, включая проведение исследований, работающие в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу прикрепленному населению, а также осуществляющие диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию)";

- согласно положениям ст. 32 Закона N 323-ФЗ медпомощь классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи;

- в силу взаимосвязанных положений пп. 2 и 3 ч. 3 ст. 32 и ч. 6 ст. 33 Закона N 323-ФЗ первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника и в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но **не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения**);

- в ч. 1 и ч. 2 ст. 34 Закона N 323-ФЗ установлено, что специализированная медпомощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- в соответствии с п. 11 Приложения N 1 Положения N 543н основными задачами поликлиники являются оказание **первичной** (доврачебной, врачебной, специализированной) **медико-санитарной помощи**, в том числе в неотложной форме, больным, проживающим на территории обслуживания и (или) прикрепленным на обслуживание;

- и поскольку, согласно материалам дела врач-инфекционист поликлиники осуществляет свою деятельность именно в обособленном подразделении ЦРБ - поликлинике, то он подлежит отнесению к категории врачей, оказывающих помощь по территориально-участковому принципу прикрепленному населению;

- исходя из положений должностной инструкции врача - инфекциониста, в обязанности врача - инфекциониста входит, помимо работы в поликлинике, также консультирование пациентов по направлению других специалистов учреждения, в том числе на дому и в стационаре, однако в данном случае **речь идет о проведении консультационной работы**. Надлежащих доказательств того, что после окончания рабочего дня в поликлинике врач - инфекционист осуществлял трудовую деятельность в условиях стационара, обеспечивал **круглосуточное** медицинское наблюдение и лечение, не имеется;

- подпункты "а", "б", "е" п. 2 и подпункты "а", "б", "е" п. 3 Правила N 2568 предусматривают определение размера ССВ не в зависимости от факта осуществления трудовой деятельности в центральной районной, районной или участковой больнице, а в зависимости от факта осуществления первичной медико-санитарной помощи (оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара) или специализированной помощи (оказывается в условиях стационара). В связи с этим отклоняется довод о том, врач-инфекционист заключил трудовой договор непосредственно с ЦРБ, а не поликлиникой.

Верховный Суд РФ отказал ЦРБ в пересмотре дела.

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

1. К нарушениям требований каких нормативных правовых актов приводит простой медицинского оборудования, приобретенного в рамках федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации", выявленный в рамках контроля органом Росздравнадзора?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Простой медицинского оборудования, приобретенного в рамках федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации", при определенных обстоятельствах (если медицинская организация или орган-учредитель не принимают никаких мер по устранению причин простоя медицинского оборудования, т.е. бездействуют) может свидетельствовать о нарушениях требований, установленных:

- ст. 4, 10, 18, 37, 79 Закона N 323 (в частности, нарушение основных принципов в сфере охраны здоровья граждан, таких как доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; а также ненадлежащая организация оказания медицинской помощи и ее несоответствие порядкам оказания медицинской помощи);

- пп. 1.1.9, 1.3 Принципов модернизации первичного звена здравоохранения, утв. постановлением Правительства РФ от 09.10.2019 N 1304 (в части обеспечения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, оснащения необходимым медицинским оборудованием).

Обоснование вывода:

Федеральный проект "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации"*(1) реализуется через предоставление субъектам РФ субсидий из средств федерального бюджета в целях софинансирования региональных проектов модернизации первичного звена здравоохранения (далее - региональные проекты), обеспечивающих достижение целей, показателей и результатов федерального проекта. Субсидия выделяется при условии наличия утвержденного регионального проекта и соответствующей программы модернизации (см., в частности, приложение N 10 к государственной программе РФ "Развитие здравоохранения", утв. постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640, далее - приложение N 10).

В рамках данного проекта предусмотрено в том числе приобретение медицинских изделий и оборудования в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в целях их оснащения и переоснащения (подпункт "в" п. 3 приложения N 10).

Оценка эффективности использования субсидии на указанные цели осуществляется Минздравом России. Контроль соблюдения условий предоставления субсидии осуществляется также указанным ведомством и уполномоченными органами государственного финансового контроля (пп. 15, 21 приложения N 10).

Контроль за реализацией субъектами РФ мероприятий региональных проектов модернизации первичного звена здравоохранения осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее - Росздравнадзор) (п. 22 приложения N 10).

Учитывая, что контроль проводился территориальным органом Росздравнадзора, далее анализируются только случаи, когда простой медицинского оборудования приводит к нарушениям требований законодательства и иных нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан, выявляемых указанным органом в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и контроля за реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ. Нарушения, связанные с неэффективностью использования оборудования, выявляемые Минздравом России и органами государственного финансового контроля, в данном материале не рассматриваются.

Основные Принципы модернизации первичного звена здравоохранения РФ определены постановлением Правительства РФ от 09.10.2019 N 1304 "О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации". К ним относится в том числе:

- обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи;
- оснащение медицинских организаций, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь, а также центральных районных и районных больниц оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья в сельских поселениях, рабочих поселках, поселках городского типа и городах с численностью населения до 100 тыс. человек.

Таким образом, модернизация первичного звена здравоохранения направлена на повышение доступности и качества медицинской помощи, что соответствует основным принципам охраны здоровья граждан, определенным ст. 4, 10, 18 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", далее - Закон N 326-ФЗ.

Согласно ст. 10 Закона N 323-ФЗ доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются в том числе:

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;
- предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики,

диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (подпункт 21 ч. 1 ст. 2 Закона N 323-ФЗ).

В силу чч. 1, 2 ст. 37 Закона N 323-ФЗ медицинская помощь организуется и оказывается в том числе в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи по профилю медицинской помощи, которые содержат стандарты оснащения медицинской организации и ее структурных подразделений; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи.

Согласно ст. 79 Закона N 323-ФЗ медицинская организация обязана организовывать свою работу в строгом соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, обеспечивать качество медицинской помощи посредством применения стандартов и клинических рекомендаций, а также применять разрешенные лекарственные препараты и медицинские изделия.

Выполнение медицинской организацией указанных обязательств невозможно без наличия необходимого медицинского оборудования. Это оборудование является неотъемлемой частью процесса диагностики, лечения и профилактики заболеваний, обеспечивая точность исследований, эффективность лечебных мероприятий и безопасность пациентов.

Однако качественная медицинская помощь возможна лишь тогда, когда медицинское оборудование, приобретенное, установленное и подготовленное к эксплуатации, используется по своему прямому назначению - для оказания медицинской помощи/услуги.

Поэтому простой медицинского оборудования, выявляемый органами Росздравнадзора в рамках ведомственных проверок, в некоторых случаях квалифицируется как нарушение системы организации медицинской помощи. Такие нарушения зафиксированы в Перечне системных нарушений согласно приказу Росздравнадзора от 04.05.2021 N 3881 "Об утверждении Ведомственной программы профилактики нарушений обязательных требований".

Согласно указанному Перечню нарушений причины простоя медицинского оборудования могут быть связаны:

- с перепрофилированием медицинской организации;
- с поломкой/ремонтom медицинского оборудования;
- с отсутствием медицинского персонала для работы на медицинском оборудовании;
- с неготовностью помещения под установку нового медицинского оборудования.

В Перечне системных нарушений обращено внимание на то, что отсутствие в полном объеме лечебно-диагностических исследований в связи с простым и неэффективным использованием медицинского оборудования свидетельствует о ненадлежащей организации оказания медицинской помощи и ее несоответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Минздрава России и клиническими рекомендациями (клиническими протоколами). Причем неважно, за счет каких средств приобреталось это оборудование*(2).

Длительный простой*(3) медицинского оборудования может привести к оказанию некачественной медицинской помощи или невозможности оказания медицинской помощи (например, если в регионе (муниципальном образовании) должным образом не организована

маршрутизация пациентов в другую медицинскую организацию, имеющую необходимое оборудование, или в других медучреждения региона (муниципального образования) данного оборудования нет).

Таким образом, простой медицинского оборудования (независимо от того, за счет каких средств оно было приобретено) может свидетельствовать о нарушениях требований, установленных ст. 4, 10, 18, 37, 79 Закона N 323 (в частности, нарушение основных принципов в сфере охраны здоровья граждан, таких как доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; а также ненадлежащая организация оказания медицинской помощи и ее несоответствие порядкам оказания медицинской помощи). Что также подтверждается судебной практикой (см., например, решение Кировского районного суда г. Махачкалы Республики Дагестан от 21.12.2023 по делу N 2-5319/2023).

Простой медицинского оборудования, приобретенного в рамках федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации", также нарушает основные принципы модернизации первичного звена здравоохранения в части обеспечения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, оснащения необходимым медицинским оборудованием (в частности, нарушение требований пп. 1.1.9, 1.3 Принципов..., утв. постановлением Правительства РФ от 09.10.2019 N 1304).

При этом считаем, что простой медицинского оборудования может быть квалифицирован как нарушение требований законодательства только в том случае, если учреждение (в т.ч. и орган-учредитель) не принимает никаких действий по устранению причин простоя медицинского оборудования (т.е. бездействуют), например не проводит ремонт неисправного оборудования, мероприятия по выделению дополнительных средств на ремонт (в случае недостаточного финансирования), действия по привлечению или обучению специалистов, способных работать на этом оборудовании, и т.д.

Ответ подготовил:
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ
Сизонова Ольга

2. Для проведения телемедицинских консультаций (телемедицина) центральной районной больнице необходимо изменить операционную систему с 1.6 на 1.8. Для этого необходимо приобрести лицензию на обновление операционной системы для рабочих станций на срок действия неисключительного права (с включенными обновлениями тип. 1 на 12 месяцев).

Может ли центральная районная больница приобрести данную лицензию, а также неисключительные права на антивирусную программу (Касперский) за счет средств обязательного медицинского страхования?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Расходы за счет средств ОМС, осуществляемые в 2026 году, связанные с приобретением лицензии на операционную систему для рабочих станций, а также неисключительного права на антивирусную программу (Касперский), входящие в состав информационных и коммуникационных технологий для организации дистанционного оказания медицинской помощи (телемедицинские технологии), с большой вероятностью могут быть квалифицированы контролирующими органами как нецелевой расход.

Обоснование вывода:

Средства, получаемые медицинскими учреждениями по программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), являются финансовым обеспечением государственных полномочий по организации оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели (п. 5 ч. 2 ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", далее - Закон N 326-ФЗ).

При оценке возможности использования учреждением средств ОМС для оплаты тех или иных расходов в 2026 году следует проанализировать:

- входят ли такие расходы (вид расходов) в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (в рассматриваемом случае это Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденная постановлением Кабинета министров Республики Адыгея от 22.01.2026 N 6);
- необходимы ли эти затраты для обеспечения медицинской деятельности учреждения, используются ли они (непосредственно или косвенно) в оказании медицинских услуг, предусмотренных программой ОМС (базовой или территориальной);
- не предусмотрен ли законодательно иной источник покрытия расходов.

Медицинская помощь по заболеваниям/состояниям, входящим в программу ОМС, может оказываться с применением телемедицинских технологий. В зависимости от цели дистанционного взаимодействия: между врачами (например, организация консилиума) или между врачом и пациентом (например, консультативный прием) - устанавливаются соответствующие тарифы и применяется соответствующий способ оплаты оказанной медицинской помощи.

Структура тарифа включает расходы на программное обеспечение и возможность приобретения необходимого для оказания медицинской помощи прочего оборудования стоимостью до 400 тыс. рублей (смотрите ч. 7 ст. 35 Закона N 326-ФЗ, п. 4.6.3. ТПГТ, утвержденной постановлением Кабинета министров Республики Адыгея от 22.01.2026 N 6).

Однако следует различать "оказание медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий" и "собственно телемедицинские технологии".

Телемедицинские (дистанционные) технологии - это использование информационных методов (например обработка, передача и защита информации) и коммуникационных устройств/программ (например компьютерное оборудование, программное обеспечение, телефонные линии, сотовая связь, электронная почта, сети беспроводной и кабельной связи, мультимедийные средства, а также Интернет), необходимых для организации возможности

дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой или с пациентами на расстоянии при оказании медицинской помощи.

С 2026 года уточнено, что расходы на применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи в рамках ТПГГ осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, т.е. в структуру тарифа ОМС расходы на информационные и коммуникационные технологии для телемедицины не включены (смотрите письмо Минздрава России от 24.02.2026 N 31-2/И/2-2986 "О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026-2028 годы"; п. 5.8. ТПГГ, утвержденной постановлением Кабинета министров Республики Адыгея от 22.01.2026 N 6).

Поэтому расходы за счет средств ОМС, осуществляемые медицинским учреждением в 2026 году, на приобретение для рабочей станции, обеспечивающей "связь" при дистанционном взаимодействии, лицензии операционной системы (т.е. коммуникационного программного обеспечения), а также неисключительного права на антивирусную программу Касперский (т.е. информационный метод защиты) с большой вероятностью могут быть квалифицированы контролирующими органами как нецелевой расход.

Ответ подготовил:
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ
профессиональный бухгалтер, член ИПБ России Андреева Наталья
Ответ прошел контроль качества

3. Обязан ли работодатель оплачивать медицинскому психологу повышение квалификации в связи с желанием работника, занимающего эту должность, повысить квалификационную категорию?

Аккредитация у этого работника - до декабря 2027 года.

По данному вопросу мы придерживаемся следующей позиции:

Расходы на обучение, которое не является условием успешного прохождения аккредитации и на которое работник не был направлен работодателем, работник должен нести самостоятельно.

Работодатель вправе, но не обязан оплачивать медицинскому психологу повышение квалификации в целях повышения квалификационной категории.

Обоснование позиции:

В соответствии с частью первой ст. 72 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон N 323-ФЗ) медицинские работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством РФ. При этом медицинская организация обязана обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и

повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством РФ (п. 8 части первой ст. 79 Закона N 323-ФЗ).

В силу части четвертой ст. 196 ТК РФ в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ, работодатель обязан проводить профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности.

Таким образом, положения ст. 196 ТК РФ ставят обязанность работодателя обеспечивать повышение квалификации работников в зависимости от законодательно установленной необходимости такого повышения для выполнения работниками определенного вида деятельности.

В соответствии с ч. 1 ст. 69 Закона N 323-ФЗ право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, и прошедшие аккредитацию специалиста.

Согласно ч. 3 ст. 69 Закона N 323-ФЗ аккредитация специалиста - это процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.10.2022 N 709н утверждено Положение об аккредитации специалистов (далее - Положение). Как следует из п. 103 Положения, для прохождения периодической аккредитации медицинскому работнику необходимо освоить программы повышения квалификации, суммарный срок освоения которых не менее 144 часов.

Основным документом, устанавливающим порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях, является приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 N 66н (далее - Порядок).

Совершенствование работниками профессиональных знаний и навыков осуществляется путем их обучения в образовательных и научных организациях по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки (п. 3 Порядка).

Как установлено п. 4 Порядка, необходимость прохождения работниками повышения квалификации, профессиональной переподготовки и стажировки устанавливается работодателем.

Профессиональная переподготовка проводится в обязательном порядке для работников, планирующих выполнение нового вида медицинской или фармацевтической деятельности, а повышение квалификации работников проводится не реже одного раза в пять лет в течение всей их трудовой деятельности.

Таким образом, повышение квалификации медицинским работником не реже одного раза в пять лет в течение трудовой деятельности является необходимым условием для прохождения аккредитации. Соответственно, работодатель обязан за свой счет при наступлении очередного пятилетнего срока направить медицинского работника на соответствующее обучение (повышение квалификации). Расходы на освоение медицинским работником программ

повышения квалификации, необходимых для успешного прохождения аккредитации, возлагаются на работодателя.

Однако в приведенной ситуации речь о повышении квалификации в целях прохождения аккредитации не идет.

В этом случае, на наш взгляд, необходимо учитывать, что в соответствии с частью первой ст. 196 ТК РФ необходимость подготовки работников (профессиональное образование и профессиональное обучение) и дополнительного профессионального образования для собственных нужд определяет работодатель.

Трудовое законодательство не содержит норм, позволяющих работнику по своему усмотрению определять время и место прохождения подготовки, в том числе в случаях, когда повышение квалификации работника является обязанностью работодателя. Не предусмотрена трудовым законодательством, другими нормативными правовыми актами, в том числе локальными, и возможность компенсации работнику затрат, связанных с обучением, когда работник самостоятельно, по своей инициативе, прошел такое обучение (смотрите определение Верховного Суда РФ от 19.09.2016 N 60-КГ16-6).

Если работодатель не направлял работника на повышение квалификации, работник самостоятельно, без согласования с работодателем, оплатил обучение, то работодатель, на наш взгляд, не обязан возмещать работнику расходы на оплату такого обучения (смотрите также, например, решение Губкинского городского суда Белгородской области от 27.06.2022 N 2-565/2022).

Таким образом, право работника на получение профессионального образования коррелирует с правом работодателя самостоятельно определять необходимость профессиональной подготовки его сотрудников. То есть до начала обучения работник должен согласовать необходимость прохождения повышения квалификации с работодателем.

Расходы на обучение, которое не является условием успешного прохождения аккредитации и на которое работник не был направлен работодателем, сотрудник должен нести самостоятельно. Косвенно такой вывод подтверждает и судебная практика (смотрите, например, определение Ростовского областного суда от 11.05.2017 N 33-7787/2017, определение Краснодарского краевого суда от 06.06.2017 N 33-16499/2017, определение Пермского краевого суда от 16.09.2014 N 33-8813-2014, решение Мотовилихинского районного суда г. Перми Пермского края от 24.02.2015 N 2-729/2015).

Отметим, оплата такого обучения за счет работодателя возможна, если это предусмотрено локальными нормативными актами работодателя, коллективным договором или трудовым договором (дополнительным соглашением к трудовому договору).

Подчеркнем, что высказанная позиция является экспертным мнением, которое может отличаться от мнения других специалистов и позиции суда при возникновении спора. К сожалению, судебной практики, полностью соответствующей данному вопросу, в доступных нам источниках обнаружить не удалось.

Ответ подготовил:
Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ
Воронова Елена
Ответ прошел контроль качества