

АРБИТРАЖНЫЙ СУД НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Именем Российской Федерации

РЕШЕНИЕ

от 27 июня 2022 г. по делу N А45-1026/2022

Резолютивная часть решения объявлена 20 июня 2022 года

Полный текст решения изготовлен 27 июня 2022 года

Арбитражный суд Новосибирской области в составе судьи Рубекиной И.А., при ведении протокола судебного заседания секретарем судебного заседания Коваленко К.В., рассмотрев в судебном заседании дело по заявлению Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области "Бердская центральная городская больница" (ОГРН: 1045404722747, ИНН: 5445117267), г. Бердск

к Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Новосибирской области (ОГРН: 1025402475020, ИНН: 5406019019), г. Новосибирск

третьи лица: общество с ограниченной ответственностью "Страховая медицинская организация "СИМАЗ-МЕД" (ОГРН: 1025403200151, ИНН: 5407187457), г. Новосибирск; 2) общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ИНГОССТРАХ-М" (ОГРН: 1045207042528, ИНН: 5256048032) в лице филиала, г. Новосибирск; 3) акционерное общество "Страховая компания "СОГАЗ-МЕД" ОГРН: 1027739008440, ИНН: 7728170427) в лице филиала, г. Новосибирск; 4) Министерство здравоохранения Новосибирской области (ОГРН: 1105476026765, ИНН: 5406635579), г. Новосибирск

о признании незаконным акта от 22.10.2021 N 05-08-46

при участии представителей сторон:

заявителя - Краморова Л.Н., доверенность N 330 от 31.01.2022, паспорт, диплом;

заинтересованного лица - Савельева Т.В., доверенность N 440-07 от 01.02.2022, паспорт, диплом

третьих лиц:

ООО "Страховая медицинская организация "СИМАЗ-МЕД" -Пешнина Е.В., доверенность N 7 от 17.12.2021, паспорт, диплом; Димитрова А.А., доверенность N 5 от 01.04.2022, паспорт, диплом; Дружинина Е.А., доверенность N 6 от 20.05.2022, паспорт, диплом

ООО "Страховая компания "ИНГОССТРАХ-М" - не явился, извещен;

АО "Страховая компания "СОГАЗ-МЕД" - не явился, извещен;;

Министерство здравоохранения Новосибирской области -Кафтаева С.Ю., доверенность от 14.01.2022, паспорт, диплом

установил:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области "Бердская центральная городская больница" (далее - заявитель, ГБУЗ НСО "БЦГБ", учреждение, больница) обратилось в Арбитражный суд Новосибирской области с заявлением, уточненным в порядке ст. 49 АПК, о признании незаконным акта Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области (далее - заинтересованное лицо, фонд, ТФОМС НСО) от 22.10.2021 N 05-08-46. в части признания нецелевыми расходами средств:

- оплаты труда сотрудников патологоанатомического отделения в сумме 8 702 992,63 руб.; в части оплаты стоимости расходных материалов, используемых в патологоанатомическом отделении в сумме 179 647,80 руб.; в части оплаты расходов по транспортировке тел умерших в

сумме 105 150,00 руб.; в части расходов на оплату коммунальных услуг, охрану помещений и налога на имущество за здание морга, в котором находится патологоанатомическое отделение, в сумме 330 839,06 руб. в 2020 году, 1 полугодии 2021 года

- оплаты труда инженера по безопасности дорожного движения в сумме е 196 335,60 руб. за 1 полугодие 2021 года;

- оплаты на компенсацию морального вреда, расходов на судебно-медицинскую экспертизу, по оплате юридических услуг, расходов на погребение по исполнительным листам, в сумме 1 770 924,50 руб. в 2019 году.

Представитель заявителя, поддержал заявленные требования по основаниям, изложенным в заявлении, пояснениях.

Представитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области требования не признал, поддержал доводы, изложенные в отзыве, дополнениях к отзыву.

Представитель ООО "Страховая медицинская организация "СИМАЗ-МЕД" поддержал позицию, изложенную в отзыве.

Представитель Министерства здравоохранения Новосибирской области поддержал позицию, изложенную в отзыве.

АО "Страховая компания "СОГАЗ-МЕД", надлежащим образом уведомленное о месте и времени рассмотрения дела, в суд не явилось, представило отзыв, в котором оставило принятие решение на усмотрение суда.

Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ИНГОССТРАХ-М", надлежащим образом уведомленное о месте и времени рассмотрения дела, в суд не явилось, отзыв не представило.

Рассмотрев материалы дела, заслушав представителя заинтересованного лица, суд установил следующие фактические обстоятельства по делу.

На основании приказов ТФОМС НСО от 08.09.2021 N 212, от 07.10.2021 N 231, от 18.10.2021 N 237, ТФОМС НСО была проведена выездная плановая комплексная проверка с целью контроля за деятельностью заявителя за период с 01.01.2019 по 30.06.2021 и использованием средств нормированного страхового запаса (далее-НСЗ) ТФОМС НСО для софинансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала за тот же период, в ходе которой было установлено: нецелевое использование средств обязательного медицинского страхования на сумму 13 431 475,33 руб.; нецелевое использование средств НСЗ на сумму 1 799 714,66 руб.

По результатам проверки был составлен Акт N 05-08-46 комплексной выездной проверки государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Бердская центральная городская больница" от 22.10.2021 (далее - Акт проверки), содержащий Требование N 1 о возврате в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области средств ОМС, использованных не по целевому назначению, в сумме 13 431 475,33 рублей (включая спорную сумму) в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования и уплате штрафа в размере 1 343 147,53 рублей (10% от суммы нецелевого использования средств ОМС) в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области и Требование N 2 о возврате средств НСЗ для софинансирования оплаты труда, использованных не по целевому назначению в сумме 1 799 714, 66 руб.

Акт проверки заявитель подписал с возражениями, которые были отклонены заинтересованным лицом, о чем направлено письмо ТФОМС НСО от 17.11.2021 N 5547-05 с обоснованием причин отклонения доводов медицинской организации.

Заявитель, считая акт проверки в части незаконным и нарушающим его права, обратился в арбитражный суд с настоящим заявлением.

Рассмотрев материалы дела, заслушав представителей лиц, участвующих в деле, арбитражный суд находит требования заявителя подлежащими удовлетворению частично ввиду следующего.

Из положений статьи 13 Гражданского кодекса Российской Федерации, части 1 статьи 198, части 2 статьи 201 АПК РФ, пункта 6 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации, Пленума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 01.07.1996 N 6/8 "О некоторых вопросах, связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации" следует, что основанием для принятия решения суда о признании оспариваемого ненормативного акта недействительным, решения, действий (бездействия) незаконными являются одновременно как их несоответствие закону или иному правовому акту, так и нарушение указанным актом, решением, действиями (бездействием) прав и охраняемых законом интересов гражданина или юридического лица в сфере предпринимательской или иной экономической деятельности.

Таким образом, в круг обстоятельств, подлежащих установлению при рассмотрении дел об оспаривании ненормативных актов, решений, действий (бездействия) органов и должностных лиц, входят проверка соответствия оспариваемого акта, решения, действий (бездействия) закону или иному нормативному правовому акту и проверка факта нарушения оспариваемым актом, решением, действиями (бездействием) прав и законных интересов заявителя.

В соответствии с частью 1 статьи 71 АПК РФ арбитражный суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, ответственность за нарушение обязанностей, регламентированы Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

В соответствии со статьей 19 Федерального закона от 16.07.1999 N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" (далее - Закон N 165-ФЗ) денежные средства бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования расходуются на цели, устанавливаемые федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования и о бюджетах фондов конкретных видов обязательного социального страхования на очередной финансовый год и на плановый период. Нецелевое расходование денежных средств бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования не допускается.

Как установлено пунктом 1 статьи 3 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон N 326-ФЗ), обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных данным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация является участником ОМС (часть 2 статьи 9 Закона N 326-ФЗ), осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (часть 5 статьи 15 Закона N 326-ФЗ).

В силу статьи 3 Федерального закона N 326-ФЗ обязательное медицинское страхование (ОМС) - это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС. Медицинская организация является участником ОМС (часть 2 статья 9), осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (часть 5 статья 15).

Средства, получаемые медицинскими организациями в счет оплаты оказанной медицинской помощи по договорам со страховщиками, являются целевыми (часть 6 статьи 14, часть 2 статьи 28, часть 1 статьи 38). Средства бюджета федерального фонда и бюджетов территориальных фондов

не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат (часть 8 статьи 26).

Территориальный фонд осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии (пункт 12 части 7 статьи 34).

Таким образом, средства обязательного медицинского страхования предназначены для оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным по ОМС лицам медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, оказывающих помощь по обязательному медицинскому страхованию в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии со статьей 4 Закона N 326-ФЗ одним из основных принципов осуществления ОМС является обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ ОМС.

Согласно пункту 5 части 2 статьи 20 Закона N 326-ФЗ медицинские организации обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (часть 7 статьи 35 Закона N 326-ФЗ).

В соответствии с частью 9 статьи 35 Закона N 326-ФЗ базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

В силу статьи 36 Закона N 326-ФЗ территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования (часть 1).

Согласно части 6 статьи 36 Закона N 326-ФЗ территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Таким образом, структура тарифа на оплату медицинской помощи определяется базовой программой обязательного медицинского страхования и устанавливается Законом N 326-ФЗ.

В свою очередь территориальная программа обязательного медицинского страхования определяет структуру тарифа на территории субъекта Российской Федерации и должна соответствовать требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования. При этом, расходование средств ОМС является строго целевым, то есть должно соответствовать условиям территориальной программы обязательного медицинского страхования и расходам,

включенным в структуру тарифа.

Согласно пункту 27 Порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, утвержденного Приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 255н (далее - Порядок), территориальным фондом осуществляется контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности и включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации: организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы; индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность.

В пункте 39 Порядка предусмотрено, что проверка использования средств обязательного медицинского страхования, полученных медицинскими организациями, включает, в том числе: проверку обоснованности получения средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; соблюдения обязательства медицинской организации по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе: 1) по видам медицинской помощи; 2) по структуре тарифа на оплату медицинской помощи.

При проведении проверки использования средств обязательного медицинского страхования проверяется правильность отражения в регистрах бухгалтерского учета операций по средствам обязательного медицинского страхования, правильность отражения доходов и расходов согласно действующей бюджетной классификации, соблюдение порядка ведения кассовых операций и учета наличных денежных средств (в части средств обязательного медицинского страхования), своевременность оприходования наличных денежных средств обязательного медицинского страхования, поступающих из банка и других источников, а также их целевое использование, наличие документов и достоверность содержащихся в них данных, являющихся основанием для списания расходов по кассе, законность произведенных расходов в части средств обязательного медицинского страхования, обеспечение сохранности денежных средств.

В силу пункта 42.3 Порядка при наличии фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, выявленных в ходе проверки, в заключительную часть акта включается обобщенная информация о направлениях и суммах нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, с требованием о возврате медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, и уплате штрафа за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с частью 9 статьи 39 Закона N 326-ФЗ.

В соответствии с частью 9 статьи 39 Закона N 326-ФЗ за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Таким образом, главной целью проведения проверок деятельности медицинских учреждений территориальным фондом обязательного медицинского страхования является осуществление контроля за соблюдением Закона N 326-ФЗ, целевым и рациональным использованием средств ОМС, тарифного соглашения и порядка оплаты медицинской помощи, принятых на территории субъекта Российской Федерации, направленной на выявление и устранение недостатков в этой деятельности.

Средства ОМС, за счет которых осуществляется оплата расходов медицинских организаций на оказание бесплатной медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования, имеют особое публичное предназначение, а потому медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, должны обеспечить их целевое использование.

Как разъяснил Пленум Высшего Арбитражного Суда РФ в пункте 14.1 постановления от 22.06.2006 N 23 "О некоторых вопросах применения арбитражными судами норм Бюджетного кодекса Российской Федерации", под нецелевым использованием бюджетных средств признается использование бюджетных средств на цели, не соответствующие условиям их получения, определенным утвержденными бюджетом, бюджетной росписью, уведомлением о бюджетных ассигнованиях, сметной доходов и расходов либо иным правовым основанием их получения.

В части 1 статьи 147 БК РФ определено, что расходы бюджетов государственных внебюджетных фондов осуществляются исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации, включая законодательство о конкретных видах обязательного социального страхования (пенсионного, социального, медицинского), в соответствии с бюджетами указанных фондов, утвержденными федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации.

Согласно статье 306.4 БК РФ под нецелевым использованием бюджетных средств признаются направление средств бюджета бюджетной системы Российской Федерации и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной росписью, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием предоставления указанных средств.

Заявитель, считая незаконным акт проверки в части полагает, что денежные средства обязательного медицинского страхования, потраченные на оплату труда сотрудников патологоанатомического отделения больницы, приобретение расходных материалов, используемых в патологоанатомическом отделении, транспортировку тел умерших, охрану помещений и уплату налога на имущества за здание морга, в котором находится патологоанатомическое отделение, а также на оплату труда инженера по безопасности дорожного движения, компенсацию морального вреда, расходов на судебно-медицинскую экспертизу, юридических услуг, расходов на погребение по исполнительным листам, являются целевым использованием денежных средств, поскольку их расходование входит в территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС).

ГБУЗ НСО "БЦГБ" является медицинской организацией, являющейся субъектом системы обязательного медицинского страхования, осуществляет оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области (далее- ТПГ НСО), в том числе ТП ОМС НСО и включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам.

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи (часть 2 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ).

Исчерпывающий перечень заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь оплачивается из средств ОМС, дан частью 6 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ.

В соответствии с частью 4 статьи 35 указанного Закона страховое обеспечение в соответствии с базовой программой ОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, при этом, ни один стандарт медицинской помощи, порядок оказания медицинской помощи не содержит в себе действий (медицинских вмешательств), которые необходимо совершать после смерти застрахованного лица.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств,

расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (часть 7 статьи 35 Закона N 326-ФЗ).

Таким образом, структура тарифа на оплату медицинской помощи определяется базовой программой обязательного медицинского страхования и устанавливается Законом N 326-ФЗ.

В свою очередь Территориальная программа ОМС определяет структуру тарифа на территории субъекта Российской Федерации и должна соответствовать требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования. При этом расходование средств ОМС является строго целевым, то есть должно соответствовать условиям Территориальной программы ОМС и расходам, включенным в структуру тарифа.

Из положений части 2 статьи 30 Закона N 326-ФЗ следует, что тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования между уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями).

В проверяемом периоде структура тарифа и способы оплаты медицинской помощи определялись утвержденными Тарифными соглашениями в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 29.12.2018 (далее - Тарифное соглашение на 2019 год), от 28.01.2020 (ТС на 2020 год), от 19.01.2021 (ТС на 2021 год).

Виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев определялись Территориальными программами ОМС на соответствующий год и соответствовали базовой программе ОМС.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 N 1506, а также Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 N 1610 (далее-Программы), определено, что источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

Согласно разделу V указанных Программ за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные и муниципальные услуги (работы) в том числе в патологоанатомических бюро (патологоанатомических отделениях).

Разделы V Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов", утвержденных Постановлениями Правительства Новосибирской области от 29.12.2018 N 571-п, от 24.12.2019 N 499-п, от 29.12.2020 N 561-п, также содержат источники финансирования соответствующих программ.

Как указано в разделах V Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на соответствующие годы, источниками их финансового обеспечения являются средства областного бюджета Новосибирской

области и средства обязательного медицинского страхования.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований областного бюджета Новосибирской области в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные услуги (выполняются работы) в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Новосибирской области, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация" при заболеваниях, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ), а также расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря).

Таким образом, Разделом 5 Территориальных программ предусмотрено, что за счет бюджетных ассигнований областного бюджета Новосибирской области осуществляется оказание медицинской помощи и иных государственных и муниципальных услуг в патологоанатомических бюро, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, а также финансирование расходов таких медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря).

При этом абзацы 2, 3, 4 Разделов Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области содержат перечень видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования:

застрахованным лицам оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел 1 перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

Далее определено, что за счет бюджетных ассигнований областного бюджета Новосибирской области осуществляется финансовое обеспечение скорой, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, и в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, проанализировав приведенные выше нормы права, принимая во внимание разъяснения Минздрава России, подготовленные совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования во исполнение пункта 2 Постановления Правительства РФ N 1506 от 10.12.2018, изложенные в пункте 20 письма N 11-7/10/1-511 от 21.12.2018 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов", суд пришел к выводу, о том, что за счет средств ОМС оплачиваются только прижизненные гистологические и цитологические исследования взятого у пациентов биологического материала патологоанатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования. Оплата указанных исследований в связи со смертью производится за счет средств бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Суд полагает обоснованным выводы фонда, что в патологоанатомических бюро может оказываться не только медицинская помощь, но и иные государственные (медицинские услуги). При заболеваниях и состояниях, не включенных Территориальную программу Новосибирской области, и в части расходов, не включенных в структуру тарифов, скорая, первичная медико-санитарной и специализированная медицинская помощь оказывается за счет бюджетных ассигнований областного бюджета Новосибирской области; за счет средств ОМС может оказываться медицинская помощь только при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Территориальной программы Новосибирской области.

За счет средств ОМС может оказываться первичная, скорая и специализированная медицинская помощь только застрахованным лицам;

Пунктом 1 статьи 3 Закона N 326-ФЗ установлено, что обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Пунктом 7 статьи 3 Закона N 326-ФЗ определено, что застрахованным лицом является физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

В соответствии с подпунктом 5 пункта 2 статьи 20 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации обязаны использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС.

В соответствии с разделом IV Программ, за счет средств ОМС медицинская помощь оказывается застрахованным лицам.

В силу разделов V Программ, оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных услуг (выполнение работ) в патологоанатомических бюро и патологоанатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе III Программы, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования) осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.

В соответствии со статьей 37 Закона N 326-ФЗ, право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу в соответствии с настоящим Федеральным законом договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В силу статьи 779 Гражданского кодекса Российской Федерации, договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию отнесен к договорам возмездного оказания услуг. По положениям статьи 430 ГК РФ, статьи 37 Закона N 326-ФЗ договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию является договором, заключенным в интересах третьих лиц и направлен на реализацию личных неимущественных прав застрахованных лиц, которые являются кредиторами в части оказания и оплаты оказанной им медицинской помощи.

Таким образом, в случае смерти застрахованного лица договор прекращает свое действие, обязательства страховых медицинских организаций по оплате медицинской помощи и обязательства медицинских организаций по оказанию медицинской помощи в отношении этого застрахованного лица в рамках деятельности по ОМС, прекращаются в момент смерти застрахованного лица.

Федеральный закон от 16.07.1999 N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" признает видом социального страхового риска необходимость получения медицинской помощи, страховым случаем - заболевание, травму, несчастный случай на производстве или профессиональное заболевание, беременность и роды, рождение ребенка (детей) и другие случаи, установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования. Смерть гражданина не отнесена указанным законом к социальному страховому случаю, а необходимость проведения вскрытий тел умерших - к социальному страховому риску.

Таким образом, с момента смерти гражданин перестает быть застрахованным лицом в системе обязательного медицинского страхования.

В силу разделов IV, V, VII Программ государственных гарантий на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, на 2021 года и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденных соответственно постановлениями Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 N 1610, от 28.12.2020 N 2299, и приложений N 5 к ним, писем Минздрава России от 24.12.2019 N 11-7/И/2-12330 "О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов", от 31.12.2020 N 11-7/И/2-20700 "О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов", оказание медицинской помощи не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования лицам не входит в Территориальную программу обязательного медицинского страхования и финансирование такой помощи осуществляется за счет средств бюджета Новосибирской области.

В данном случае фондом, согласно приложениям 11,16 к акту проверки, приняты как подлежащие оплате за счет ОМС расходы на прижизненные патологоанатомические исследования, соответствующие процентному отношению им расходы на оплату труда сотрудников патологоанатомического отделения, стоимости расходных материалов, используемых в патологоанатомическом отделении в сумме, расходы на оплату коммунальных услуг, охрану помещений и налога на имущество. Расходы относящиеся к посмертным исследованиям (оплата труда сотрудников патологоанатомического отделения, стоимость расходных материалов, используемых в патологоанатомическом отделении для таких исследований; соответствующие расходов на оплату коммунальных услуг, охрану помещений и налога на имущество не приняты и признаны нецелевым использованием.

В соответствии с п. 3 Правил проведения патолого-анатомических исследований, утвержденных приказом Минздравом РФ от 24.03.2016 N 179н патологоанатомические исследования включают в себя:

1. Прижизненные патологоанатомические исследования по биопсийному (операционному) материалу.
2. Патологоанатомические вскрытия (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов).

Основным методом патолого-анатомических исследований является морфологический, включающий в себя цитологические, гистологические, гистохимические исследования.

В соответствии с разделом IV Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов диагностические (лабораторные) исследования, в том числе патологоанатомические исследований биопсийного (операционного) материала в целях диагностики заболеваний, осуществляются за счет средств ОМС.

Статьей 3 и приложением N 6 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 28.01.2020, статьей 2 и приложением N 6 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 19.01.2021, установлены тарифы исключительно за прижизненное морфологическое (гистологическое) исследование операционно-биопсийного материала, в зависимости от категории сложности исследования.

При этом тарифы на исследование аутопсийного материала (материала трупа) в Тарифных соглашениях отсутствуют, а, следовательно, указанные государственные услуги не оплачиваются за счет средств ОМС. Тарифное соглашение подписано, в том числе, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

Указанное означает, что оплата за счет средств ОМС исключительно морфологических исследований биопсийного материала согласована с органом, уполномоченным на распоряжение бюджетными средствами Новосибирской области и является отражением общей согласованной позиции сторон Тарифного соглашения.

Медицинская услуга в системе ОМС - это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и оказанная застрахованному лицу (пункт 4 части 1 статьи 2 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ, статья 3 Закона N 326-ФЗ). Патологоанатомические вскрытия проводятся с целью оценки качества оказанной медицинской помощи и не являются этапом оказания медицинской помощи застрахованному лицу.

Патологоанатомические вскрытия являются иными государственными услугами в патологоанатомических бюро и патологоанатомических отделениях медицинских организаций и не относятся к видам медицинской помощи, оказываемой по территориальным программам ОМС.

Кроме того, раздел 3 Программ не относит смерть гражданина к заболеваниям и состояниям, при которых оказывается бесплатная медицинская помощь за счет средств ОМС, из чего можно сделать вывод, что патологоанатомическое вскрытие не относится к медицинской помощи по ОМС при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Программы.

Все вышесказанное в полной мере относится и к приобретению расходных материалов, оплаты коммунальных услуг, охраны помещений и налога на имущество, связанных с предоставлением иных услуг по патологоанатомической анатомии в патологоанатомическом отделении.

При этом фонд согласен с учреждением в том, что патологоанатомические исследования трупов осуществляется без взимания платы с граждан и гарантируется государством. Однако это не означает, что источником финансирования указанных услуг являются средства ОМС. Указанные исследования, несмотря на то, что является диагностическими, не учитывается при формировании тарифа на оплату медицинской помощи и не подлежит оплате за счет средств фонда.

Ссылка заявителя о том, что ни в федеральном законодательстве, ни в программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не названы источники финансирования патологоанатомических исследований не принимается, поскольку как указано выше, Программами как раз установлено общее правило, согласно которому оказание медицинской помощи и иных государственных и муниципальных услуг в патологоанатомических бюро осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета, из которого имеются исключения (в данном случае - прижизненные морфологические (гистологические) исследования биопсийного материала).

Учитывая, что за счет средств обязательного медицинского страхования финансируется именно проведение гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями, специалисты патологоанатомических отделений не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи, их деятельность направлена на проведение отдельных исследований, которые входят в стандарт оказания иных видов медицинской помощи, отклоняет довод учреждения о том, что оплата труда сотрудников патологоанатомического отделения полностью должна осуществляться за счет средств ОМС.

Доводы учреждения о том, что поскольку обязанность организации патологоанатомических

исследований, приобретения расходных материалов, содержания отделения, законодательно отнесена на больницу, такие расходы должны финансироваться за счет средств фонда обязательного медицинского страхования отклонены за необоснованность. Доводы заявителя о расходовании средств ОМС на содержание патологоанатомического отделения при отсутствии финансового обеспечения из областного бюджета, судом отклоняются, поскольку указанное обстоятельство не изменяет квалификации использования средств ОМС.

Аналогичные выводы содержатся в материалах судебной практики- Определение Верховного Суда РФ от 30.05.2019 N 306-ЭС19-6867 по делу N А55-1096/2018, Постановление Шестого арбитражного апелляционного суда от 25.10.2021 N 06АП-5896/2021 по делу N А73-9406/2021 Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 15.01.2021 N Ф06-68906/2020 по делу N А57-20347/2019и др.

Относительно расходов на транспортировку тел умерших в отделениях стационаров больницы до патологоанатомического отделения больницы (морга), суд полагает обоснованным доводы заявителя и неправомерном признании фондов таких расходов нецелевыми в сумме 105 150 руб. ввиду следующего.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в рамках реализации базовой программы в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования (часть 9 статьи 35, часть 1 статьи 36 Закона N 326-ФЗ).

В силу пункта 8 статьи 3, части 1 статьи 35 Закона N 326-ФЗ базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Исходя из системного толкования названных норм больница вправе использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную застрахованному лицу в рамках государственных гарантий бесплатную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Согласно части 7 статьи 35 Закона N 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи включают в себя расходы на оплату транспортных услуг.

Как следует из пункта 6 части 3 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон N 323-ФЗ), при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан транспортировка трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях (Закона N 323-ФЗ).

Таким образом, государством гарантируется бесплатная транспортировка и хранение в морге трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях; такие расходы медицинской организации подлежат возмещению за счет средств бюджетной системы Российской Федерации.

Согласно части 7 статьи 35 Закона N 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи включают в себя расходы на оплату транспортных услуг.

Территориальными программами Новосибирской области также предусмотрено, что тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, включают в себя расходы транспортных услуг, что не оспаривается фондом.

Исходя из п. 5 Порядка, утвержденного Приказом Минздрава России от 06.06.2013 N 354н, медицинское учреждение обязано организовать транспортировку тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в патологоанатомическое отделение.

Поскольку в структуру тарифа на оплату медицинской помощи входят, в том числе транспортные услуги, с учетом статьи 2 Закона N 323-ФЗ, суд приходит к выводу о правомерности и целевом характере использования больницей спорной суммы за счет средств ОМС.

В отношении затрат учреждения на оплату труда инженера по безопасности дорожного движения, суд находит доводы заявителя необоснованным, а квалификацию фондом произведенных расходов как нецелевое использование средств ОМС правомерной ввиду следующего.

Частью 7 статьи 35 установлена структура тарифа на оплату медицинской помощи, которая включает в себя, в том числе расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты.

Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее - Правила), регулирующие правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Закона N 326-ФЗ.

Согласно пункту 192 Правил в расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

В составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются следующие группы затрат:

- 1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- 2) затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);
- 3) затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- 4) иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

В частности, к ним относятся: затраты на приобретение транспортных услуг; затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (пункт 193, 194 Правил).

Правила не содержат закрытого перечня работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи, однако необходимы для обеспечения деятельности медицинской организации в целом.

В каждом конкретном случае вопрос о том, необходима ли деятельность соответствующего работника для обеспечения деятельности медицинской организации в сфере реализации обязательного медицинского страхования, должен рассматриваться с учетом подлежащих применению программ обязательного медицинского страхования и обязанностей, возложенных данными программами на медицинские учреждения.

В соответствии с территориальными программами ОМС на 2020 и 2021 годы, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3

Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения.

В соответствии с пунктами 10, 11, 13 Устава ГБУЗ НСО "БЦГБ", учреждение создано для выполнения работ, оказания услуг в целях реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти Новосибирской области в сфере здравоохранения. Для достижения указанных целей учреждение осуществляет следующие основные виды деятельности: медицинская деятельность, фармацевтическая деятельность, деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Учреждение не вправе осуществлять виды деятельности, не предусмотренные настоящим Уставом. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной заявителю, при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации осуществляется транспортировка пациента (медицинская эвакуация) в целях спасения жизни и сохранения здоровья с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

При этом пациенты ГБУЗ НСО "БЦГБ" не являются пассажирами транспортной организации и пользуются услугами медицинского транспорта в целях спасения своей жизни и сохранения здоровья.

Таким образом, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, учреждение вправе оказывать первичную, скорую и специализированную медицинскую помощь и не осуществляют профессиональную деятельность по перевозке пассажиров и грузов.

Пункт 2 статьи 20 Федерального закона от 10.12.1995 N 196-ФЗ "О безопасности дорожного движения" об обязанности юридических лиц назначать ответственного за обеспечение безопасности дорожного движения (далее-БДД) при осуществлении перевозки пассажиров на основании договора перевозки или договора фрахтования и (или) грузов на основании договора перевозки (коммерческие перевозки), а также при перемещении лиц, кроме водителя, и (или) материальных объектов автобусами и грузовыми автомобилями без заключения указанных договоров (перевозки для собственных нужд автобусами и грузовыми автомобилями) обязывает назначить ответственного за БДД лицо, а не вводить для этого отдельную должность.

Кроме того, необходимость перемещения врачей, лекарств, питания транспортными средствами учреждения для собственных нужд не относится к случаю, предусмотренному пункт 2 статьи 20 Закона N 196-ФЗ, поскольку такой случай касается перевозки для собственных нужд автобусами и грузовыми автомобилями. Что касается перевозки иными видами транспорта (к которым относится вся имеющаяся техника учреждения), то для таких перевозок обязанность назначать ответственного по БДД отсутствует.

При перемещении врачей, лекарств, питания транспортными средствами учреждения на легковых автомобилях и спецтранспорте для собственных нужд безопасность дорожного движения обеспечивается другими сотрудниками (начальник гаража, водитель, механик и др., финансируемые за счет средств ОМС).

Учреждение было вправе назначить лицо, ответственное за БДД из числа своих работников, например начальника гаража, а не вводить для этих целей отдельную должность.

Расходы на оплату труда инженера по безопасности дорожного движения не были предусмотрены фондом как оплачиваемые за счет средств ОМС.

В данном случае Приказом учреждения от 16.11.2020 N 75-ОК допущена замена должности уборщика служебных помещений дерматовенерологического отделения, финансируемого за счет ТФОМС на должность на инженера по безопасности движения.

Доводы заявителя о праве вносить изменения в штатное расписание, обоснованности введения должности ответственного за БДД, судом рассмотрены и отклонены, в учреждении экономически не обоснована замена должности и ее необходимость.

Затраты на оплату труда инженера по безопасности дорожного движения в сумме 196 335 руб. за 1 полугодие 2021 года неправомерно отнесены к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации, они не входят в структуру тарифа на оплату

медицинской помощи и являются нецелевым использованием средств ОМС.

Относительно оплаты за счет средств ОМС компенсации по исполнительным листам причиненного морального вреда, оплаты расходов на проведение судебно-медицинской экспертизы, юридических услуг, расходов на погребение в сумме 1 770 924,50 руб. суд полагает такие расходы нецелевым использованием средств ОМС.

Указанные расходы не входят в структуру тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В силу части 1 статьи 30 Закона N 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования. Частью 7 статьи 35 установлена структура тарифа на оплату медицинской помощи, которая не включает в себя затраты на возмещение убытков, компенсацию причиненного морального вреда, оплату неустойки, штрафы, возмещение судебных расходов, оплату госпошлины по исполнительным листам.

Согласно пункту 192 Правил в расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Также же как и Закон N 326-ФЗ, Правила не содержат в структуре тарифов спорные статьи затрат.

Согласно статье 3 Закона N 326-ФЗ страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию - это исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации; страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно статье Закона N 323-ФЗ медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Таким образом, средства обязательного медицинского страхования могут быть направлены исключительно на оказание застрахованному лицу качественной медицинской помощи при наступлении заболеваний и состояний, перечисленных в разделе 3 Программ ОМС и направленную на поддержание и (или) восстановление здоровья, а не на обеспечение деятельности медицинской организацией, связанную с неисполнением или некачественным исполнением данной обязанности.

Приказ Минфина России от 29.11.2017 N 209н "Об утверждении Порядка применения операций сектора государственного управления" распространяется как на бюджетные средства, так и внебюджетные средства, сформированные из платных услуг.

При этом прочие расходы в структуре тарифа ОМС не отождествляются со всеми подстатьями статьи 290 "Прочие расходы" КОСГУ. Письмо ФФОМС от 06.06.2013 N 4509/21-и "По вопросам расходования средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования", как правомерно указывает фонд, утратило свою актуальность в связи с изменением нормативного правового регулирования, о чем сообщено Письмом ФФОМС от 30.12.2016 N 11919/21-2/5856 "О выплатах по судебным решениям по искам граждан к медицинским организациям в связи с некачественным оказанием медицинской помощи", в связи с чем ссылки заявителя на указанное письмо не обоснованы.

Кроме того, согласно пункту 5 статьи 123.22 Гражданского кодекса РФ бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, в том числе приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход

деятельности. По обязательствам бюджетного учреждения, связанным с причинением вреда гражданам, субсидиарную ответственность несет собственник имущества бюджетного учреждения.

Из указанного следует, что источник финансирования спорных затрат нормативно определен.

При этом взысканные по решению районного денежные суммы (стоимость проведенной экспертизы, компенсация морального вреда, юруслуги, расходы на погребение), не являются расходами медицинской организации по оказанию медицинской услуги, определяемыми в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ.

Расходы больницы по выплате рассматриваемых денежных сумм возникли на основании судебного акта и в силу приведенных положений статей 20, 35 Федерального закона N 326-ФЗ не являются расходами медицинской организации по оказанию медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования и не входят в структуру тарифа на ее оплату.

Исходя из изложенного, требования подлежат частичному удовлетворению.

Госпошлина распределяется по правилам ст. 110 АПК РФ.

Руководствуясь статьями 110, 167 - 170, 201 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, арбитражный суд

решил:

Признать незаконным акт комплексной выездной проверки ГБУЗ НСО "БЦГБ" от 22.10.2021 N 05-08-46 в части признания нецелевыми расходами средств на оплату расходов по транспортировке тел умерших в сумме 105150 рублей.

В остальной части в удовлетворении требований отказать.

Взыскать с Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области в пользу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области "Бердская центральная городская больница" расходу по уплате государственной пошлины в размере 3000 рублей.

Решение, не вступившее в законную силу, может быть обжаловано в течение месяца после его принятия в Седьмой арбитражный апелляционный суд (г. Томск).

Решение может быть обжаловано в срок, не превышающий двух месяцев со дня вступления в законную силу, в Арбитражный суд Западно-Сибирского округа (г. Тюмень) при условии, что оно было предметом рассмотрения арбитражного суда апелляционной инстанции или суд апелляционной инстанции отказал в восстановлении пропущенного срока подачи апелляционной жалобы.

Апелляционная и кассационная жалобы подаются через Арбитражный суд Новосибирской области.

Судья
И.А.РУБЕКИНА
