

АРБИТРАЖНЫЙ СУД ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Именем Российской Федерации

РЕШЕНИЕ

от 18 августа 2021 г. по делу N А73-9406/2021

Резолютивная часть решения объявлена в судебном заседании 11.08.2021.

Арбитражный суд Хабаровского края в составе судьи Леонова Д.В., при ведении протокола судебного заседания секретарем Катковой Н.А.,

рассмотрев в судебном заседании дело по заявлению Федерального государственного бюджетного учреждения "Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ОГРН 1102724001841, ИНН 2724139667, адрес: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 2В)

к Хабаровскому краевому фонду обязательного медицинского страхования (ОГРН 1022700921880, ИНН 2700000539, место нахождения: 680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 69)

о признании недействительными в части акта проверки от 26.04.2021 N 3 и требования от 06.05.2021 N 14

при участии в судебном заседании:

от ФГБУ "ФЦССХ" Лумпов В.В. представитель по доверенности от 18.09.2019 N 27AA1475828;

от Фонда: Литовка П.И. представитель по доверенности от 11.01.2021 N 19-08; Михлик Е.А. представитель по доверенности от 11.01.2021 N 20-08; Потылицын В.В. представитель по доверенности от 11.01.2021 N 18-08.

установил:

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - заявитель, Учреждение, ФГБУ "ФЦССХ") обратилось в Арбитражный суд Хабаровского края с заявлением в соответствии с которым просит:

- признать недействительным акт проверки Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) от 26.04.2021 N 30 в части нецелевого использования денежных средств для приобретения медицинского оборудования (кольпоскоп) на сумму 1 472 000 руб., изложенных в п. 1 заключительной части, а также в части нецелевого использования денежных средств на оплату услуг по проведению аутопсийных исследований (селекционного материала) и патолого-анатомических вскрытий на сумму 286 743,44 руб., изложенных пункте 3 заключительной части;

- признать недействительным требование Фонда от 06.05.2021 N 14 в части возврата из бюджета Фонда 1 758 743,44 руб., уплаты в бюджет Фонда штрафа в сумме 175 874,34 руб.

В судебном заседании представитель Учреждения заявленные требования поддержал, настаивая на их удовлетворении.

Фонд представил письменный отзыв о несогласии с заявленными требованиями.

Представители этого лица в судебном заседании, поддержав доводы, изложенные в отзыве, просили в удовлетворении заявленных требований отказать.

В судебном заседании в порядке статьи 163 АПК РФ объявлялся перерыв с 05.08.2021 до 14-30 час. 11.08.2021.

В ходе судебного разбирательства арбитражным судом установлены следующие обстоятельства.

Как следует из материалов дела на основании приказа ХКФОМС от 15.03.2021 N 52 "О проведении проверки Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии" министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Хабаровск)" Фондом проведена комплексная проверка ФГБУ "ФЦССХ" по использованию средств, полученных на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В ходе проверки, оформленной актом проверки от 26.04.2021 N 30 (далее - Акт проверки), выявлены нарушения, выразившиеся в нецелевом расходовании ФГБУ "ФЦССХ" средств Фонда на сумму 1 948 242,44 руб., в том числе:

- в сумме 1 472 000 руб. - на приобретение кольпоскопа LEISEGANG с принадлежностями для оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога консультативно-диагностического отделения при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

- в сумме 165 189,00 руб. - на приобретение расходных материалов для профилактики и выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, из перечня заболеваний и состояний, не включенных в базовую и территориальную программы обязательного медицинского страхования и не подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

- в сумме 286 743,44 руб. - расходы на оплату услуг по проведению исследований (секционного материала) и патолого-анатомических вскрытий, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи.

В связи с выявленными нарушениями в Акте проверки отражено, что ФГБУ "ФЦССХ" надлежит в течение 10 дней со дня предъявления требования об устранении выявленных нарушений возратить в бюджет Фонда сумму нецелевого использования средств в размере 1 948 242,44 руб. и уплатить в бюджет Фонда штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств 194 824,24 руб.; в течение 5 рабочих дней со дня получения акта проверки представить в Фонд план мероприятий по устранению выявленных нарушений; не позднее 30 календарных дней с момента направления плана мероприятий представить в Фонд отчет о его выполнении.

Требованием от 06.05.2021 N 14 (далее - Требование) ФГБУ "ФЦССХ" предложено устранить выявленные нарушения путем возврата в бюджет Фонда суммы нецелевого использования средств в размере 1 948 242,44 руб. и уплаты в бюджет Фонда штрафа в размере 10% от суммы нецелевого использования средств 194 824,24 руб.

Не согласившись с Актом проверки в части нецелевого использования средств Фонда на приобретение медицинского оборудования на сумму 1 472 000 руб., на оплату услуг по проведению аутопсийных исследований (секционного материала) и патолого-анатомических вскрытий на сумму 286 743,44 руб., а также Требованием о возврате в бюджет Фонда вышеуказанных сумму, а также уплаты в бюджет Фонда штрафа в сумме 175 874,34 руб., ФГБУ "ФЦССХ" обратилось в арбитражный суд с рассматриваемым заявлением.

В обоснование заявленных требований ФГБУ "ФЦССХ" указывает, что приобретение в 2019 году кольпоскопа с принадлежностями стоимостью 1 472 000,00 руб. произведено в

целях соблюдения лицензионных требований по оказанию медицинской помощи за счет доходов, полученных от оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС. Доходы ФЦССХ от оказания ВМП в ОМС составляют около 75 процентов в структуре доходов по ОМС.

По мнению заявителя, указанный в Акте проверки вывод, что оснащение кабинета врача-акушера-гинеколога медицинским оборудованием "Кольпоскоп" предназначено исключительно для оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи в КДО, противоречит структуре и задачам Учреждения.

Оказывая ВМП по профилю сердечно-сосудистая хирургия Учреждение обязано соблюдать иные порядки, предусмотренные приказами Минздрава РФ по медицинским направлениям, без которых оказание ВМП невозможно -анестезиологии и реанимации, клинической лабораторной диагностики, трансфузиологии, неврологии, нефрологии, урологии, акушерству-гинекологии, ультрозвуковой и функциональной диагностике, эндоскопии и другие. При этом стандарты оснащения не связывают обязанность иметь какое-либо медицинское оборудования с частотой его применения, так как в некоторых случаях оно должно быть для экстренной или неотложной медицинской помощи и в текущей деятельности постоянно не используется.

В связи с этим заявитель полагает, что врач-акушер-гинеколог участвует в оказании ВМП по профилю (сердечно-сосудистая хирургия).

В части выводов о нецелевом использовании денежных средств Фонда в связи с оплатой проведения патолого-анатомических вскрытий заявитель указывает, что данные исследования являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека патологоанатомическое вскрытие производится в обязательном порядке, вне зависимости от волеизъявления умершего или его родственников, законных представителей, в том числе в таких случаях как: невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; оказания умершему пациенту; патологоанатомическое исследование является одним из видов диагностических исследований, относится к конкретным страховым случаям, проводимых, среди прочего, при смерти застрахованного лица в лечебном учреждении в целях постановки диагноза и контроля за выбором мероприятий по лечению пациента, и подпадают под такой вид расходов, как расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории, патологоанатомического отделения и диагностического оборудования), которые учитываются при формировании тарифа на оплату медицинской помощи.

Возражая против заявленных требований, Фонд указывает, что существующие порядки и стандарты оказания медицинской помощи определяют правила оказания медицинской помощи в медицинских организациях и не содержат указаний на источники финансового обеспечения медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями утвержден приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (далее - Порядок N 918н) и устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, штатные нормативы и стандарты оснащения отделений.

Указанным Порядком не предусмотрено оснащение кольпоскопом в рамках оказания высокотехнологичной помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия, а оснащение медицинским оборудованием "Кольпоскоп" произведено в соответствии со стандартом оснащения согласно Порядку N 572н, для оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи структурным подразделением "Консультативно - диагностическое отделение "Кабинет врача-акушера-гинеколога".

В связи с этим Фонд считает несостоятельными доводы заявителя об использовании названного оборудования при оказании высокотехнологичной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В части доводов заявителя относительно правомерности оплаты за счет средств Фонда проведения патолого-анатомического вскрытия Фонд указывает, что за счет средств ОМС медицинская помощь предоставляется только застрахованным лицам при наступлении страхового случая при их жизни и ни один стандарт медицинской помощи, порядок оказания медицинской помощи не содержит в себе действий (медицинских вмешательств), которые необходимо совершать после смерти застрахованного лица; услуги по проведению патологоанатомических вскрытий не соответствуют ни понятию страхового случая, ни целям оказания медицинской помощи, а также условиям оказания медицинской помощи оплата, которой осуществляется за счет средств ОМС.

Выслушав представителей участвующих в деле лиц, исследовав материалы дела, арбитражный суд приходит к следующим выводам.

Согласно п. 3.1 Положения о Хабаровском краевом фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Хабаровского края от 26.05.2011 N 150-пр, Фонд осуществляет управление средствами обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края, предназначенными для бесплатного оказания застрахованным лицам рамках программ обязательного медицинского обеспечения гарантий медицинской помощи в страхования.

Средства обязательного медицинского страхования согласно статьям 2, 6, 11, 13 Бюджетного кодекса РФ приравнены по правовому режиму к бюджетным средствам, являются средствами бюджетной системы Российской Федерации.

В силу статьи 147 БК РФ расходы бюджетов государственных внебюджетных фондом осуществляются исключительно на цели, определенные законодательство Российской Федерации, включая законодательство о конкретных видах обязательного медицинского страхования в соответствии с бюджетами указанных фондов, утвержденными федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации.

Принцип адресности и целевого характера закреплен в статье 38 Бюджетного кодекса РФ, согласно которой бюджетные ассигнования и лимиты бюджетных обязательств доводятся до конкретных получателей бюджетных средств с указанием цели их использования.

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

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

Как разъяснено в пункте 14.1 Постановления Пленума Высшего Арбитражного Суда РФ от 22.06.2006 г. 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.

Статьей 34 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон N 326-ФЗ) контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями осуществляется Фондом, в том числе путем проведения проверок и ревизий.

Как установлено в ходе проверки, в 2019 году Учреждением приобретено оборудование - Колькоскоп с принадлежностями для оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога консультативно-диагностического отделения при оказании первичной специализированной медико-санитарной амбулаторных условиях.

Оплата приобретенного оборудования в сумме 1 472 000 руб. произведена Учреждением за счет средств Фонда, полученных в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) по профилю сердечно - сосудистая хирургия.

В соответствии с частью 1 статьи 30 Закона N 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями). Требования к структуре и содержанию тарифа устанавливаются Законом об ОМС (часть 2 статьи 30 Закона N 326-ФЗ).

В соответствии с частью 7 статьи 35 Закона N 326-ФЗ 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.

Согласно части 4 статьи 35 Закона N 326-ФЗ страховое обеспечение в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

На основании статей 14, 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон N 323-ФЗ) медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

Порядки оказания медицинской помощи разрабатываются по отдельным профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний, в том числе в случаях развития осложнений, обострений сопутствующих заболеваний и другие) и включают в себя этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений, но не определяют правила оказания медицинской помощи в медицинских организациях и не содержат указаний на источники финансового обеспечения медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями утвержден приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (далее - Порядок N 918н)

Названный Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, штатные нормативы и стандарты оснащения отделений.

Из материалов дела следует, что Учреждением приобретен за счет средств ОМС кольпоскоп LEISEGANG с принадлежностями стоимостью 1 472 000,00 руб.

Кольпоскоп - это оптическое устройство гинекологического кабинета. Кольпоскоп применяют для такой процедуры, как кольпоскопия, которая необходима для диагностики состояния шейки матки.

Указанный кольпоскоп приобретен для использования при оказании специализированной первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях структурным подразделением "Консультативно - диагностическое отделение "Кабинет врача-акушера-гинеколога" (штатное расписание на 2019 год, утвержденное и.о. главного врача Россейкиным Е.В.). "Кольпоскоп LEISEGANG был установлен в "Кабинет врача-акушера-гинеколога" с присвоением инвентарного номера N 10124000008965 (заверенная копия инвентарной карточки учета нефинансовых активов N 8965 с датой открытия 12.07.2019).

При этом, как указывает Фонд и не оспаривается заявителем, вышеуказанное оборудование приобретено на основании стандарта оснащения согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н (далее - Порядок N 572н) для оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи.

При этом Порядком N 918н не предусмотрено оснащение кольпоскопом в рамках оказания высокотехнологичной помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия", тогда как Решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (протокол от 28.12.2018 N 12 (приложение N 2), Учреждению определены объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования по высокотехнологичной медицинской помощи на 2019 год только по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия".

Тот факт, что Учреждение помимо высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара и в стационарных условиях на основании лицензии осуществляет медицинскую деятельность при оказании первичной медико-санитарной помощи, не свидетельствует о возможности приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за счет средств Фонда выделяемых на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия".

Доводы заявителя о том, что в должностные обязанности врача - акушера - гинеколога входит оказание специализированной, высокоспециализированной

диагностической помощи пациентам, находящимся на стационарном и амбулаторном лечении и он при необходимости принимает участие в осмотре пациентов для определения показаний/противопоказаний с целью оперативного лечения (специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи) судом отклоняются, поскольку указанные доводы не свидетельствуют о том, что врач - акушер - гинеколог непосредственно участвует в оказании высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия".

Таким образом, оснащение кабинета врача-акушера-гинеколога колькоскопом не связано непосредственно с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия".

Доводы заявителя о необходимости соблюдения лицензионных требований в части оказания услуг по виду деятельности "акушерство и гинекология" судом отклоняются, как не имеющие отношения к вопросу приобретения и оплаты за счет средств Фонда оборудования, непосредственно не применяемого при оказании высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия".

Поэтому выводы Фонда в части нецелевого использования средств Фонда в связи с приобретением и оплатой за счет средств Фонда, выделенных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "Сердечно-сосудистая хирургия" колькоскопа являются правильными.

В связи с этим требования Учреждения в части признания недействительными акта проверки о нецелевом использовании денежных средств в сумме 1 472 000 руб. и требования в части данной суммы и соответствующей суммы штрафа удовлетворению не подлежат.

Суд также соглашается с выводами Фонда в части неправомерной оплаты за счет средств Фонда услуг по проведению аутопсийных исследований (селекционного материала) и патолого-анатомических вскрытий на сумму 286 743,44 руб.

Пунктом 1 статьи 3 Закона N 326-ФЗ установлено, что обязательное медицинское страхование - 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 обязательного медицинского страхования.

Согласно пункту 4 статьи 3 Закона N 326-ФЗ под страховым случаем понимается совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Таким образом, страховое обеспечение предоставляется только застрахованному лицу и только при наступлении страхового случая. При этом смерть лица в числе страховых случаев не поименовано.

В свою очередь, в силу пункта 7 статьи 3 Закона N 326-ФЗ застрахованным лицом является физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Между тем, Порядком проведения патолого-анатомических вскрытий, утвержденных Приказом Минздрава России от 06.06.2013 N 354н предусмотрено, что патолого-анатомическое вскрытие проводится врачом-патологоанатомом в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания. Патолого-анатомическое вскрытие осуществляется путем посмертного патолого-анатомического исследования внутренних

органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов. Проведение аутопсийного исследования также является посмертным исследованием органов и тканей умершего человека]

В соответствии с частью 4 статьи 35 Закона N 326 страховое обеспечение в соответствии с базовой программой ОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи. Выполнение порядков и стандартов оказания медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования исключительно в части видов медицинской помощи, установленных программой обязательного медицинского страхования.

Пунктом 3 части 1 статьи 2 Закона N 323-ФЗ установлено, что под медицинской помощью следует понимать комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг.

Из совокупного анализа вышеуказанных положений нормативных правовых актов следует, что за счет средств ОМС медицинская помощь предоставляется только застрахованным лицам при наступлении страхового случая при их жизни.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н идентификация застрахованного лица в системе ОМС осуществляется на основании полиса ОМС.

Порядком персонифицированного учета в системе ОМС, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 N 29н предусмотрено, что в случаях смерти застрахованного лица территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и полис ОМС перестает действовать.

Таким образом, при наступлении смерти застрахованного лица, правоотношения, обусловленные страхованием этого лица в системе ОМС прекращаются.

Частью 7 статьи 35 Закона N 326-ФЗ предусмотрено, что структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя в том числе расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования).

Принимая во внимание, что в названной норме определена структура тарифа на оказание именно медицинской помощи, тогда как пунктом 3 части 1 статьи 2 Закона N 323-ФЗ установлено, что под медицинской помощью следует понимать комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг, то соответственно в структуру тарифа включается оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований проводимых только в рамках оказания услуг застрахованным лицам при их жизни.

Следовательно, в структуру тарифа не включаются расходы на проведение каких-либо действий с телом умершего, даже в том случае, если это является обязательным для подтверждения диагноза или иных обстоятельств.

В связи с этим судом отклоняются доводы заявителя о том, что патолого-анатомическое исследование является одним из видов диагностических исследований, относится к конкретным страховым случаям, проводимых, среди прочего, при смерти застрахованного лица в лечебном учреждении в целях постановки диагноза и контроля за выбором мероприятий по лечению пациента, и подпадают под такой вид расходов, как расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории, патологоанатомического отделения и диагностического оборудования),

которые учитываются при формировании тарифа на оплату медицинской помощи.

Данное исследование, несмотря на то, что является диагностическим, не учитывается при формировании тарифа на оплату медицинской помощи и не подлежит оплате за счет средств Фонда.

Вышеуказанные выводы подтверждаются также тем, что согласно разделу V Базовых программ ОМС, утвержденных постановлениями Правительства РФ от 10.12.2018 N 1506, от 07.12.2019 N 1610 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 патолого-анатомических бюро (патологоанатомических отделениях).

В пункте 13 Письма Минздрава России от 13.12.2017 N 11-7/10/2-8616 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов" разъяснено, что за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, в патологоанатомических отделениях многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, (при этом финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования).

Таким образом, как обоснованно указано Фондом, за счет средств ОМС осуществляется оплата только гистологических и цитологических исследований пациентов при их жизни.

В свою очередь, ни один стандарт медицинской помощи, порядок оказания медицинской помощи не содержат в себе перечень и порядок действий (медицинских вмешательств), которые необходимо совершать после смерти застрахованного лица.

Ссылки заявителя на судебную практику, судом во внимание не принимаются, поскольку приведенные судебные акты не имеют преюдициального значения для рассмотрения настоящего дела.

Доводы заявителя об отсутствии у Учреждения иных источников финансирования для оплаты аутопсийных исследований (селекционного материала) и патолого-анатомических вскрытий судом отклоняются, как не свидетельствующие о незаконности выводов Фонда в данной части.

На основании изложенного судом приходит к выводу об отсутствии у Учреждения оснований для оплаты в проверяемом периоде за счет средств ОМС услуг по проведению аутопсийных исследований (селекционного материала) и патолого-анатомических вскрытий на сумму 286 743,44 руб.

Следовательно, заявленные в данной части требования удовлетворению не подлежат.

Таким образом, заявленные Учреждением требования о признании недействительным акта проверки в части нецелевого использования денежных средств в сумме 1 758 743,44 руб. и требования от 06.05.2021 N 14 в части возврата в бюджет Фонда денежных средств в сумме 1 758 743,44 руб. удовлетворению не подлежат.

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.

В связи с этим требование Фонда в части уплаты штрафа в сумме 175 874,34 руб. является законным, а соответственно требования заявителя в данной части удовлетворению не подлежат.

Государственная пошлина в сумме 3 000 руб., уплаченная заявителем за рассмотрение дела в суде, на основании статьи 110 АПК РФ подлежит возмещению плательщику за счет Фонда.

Руководствуясь статьями 110, 167 - 170, 176, 200 - 201 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, арбитражный суд

решил:

В удовлетворении заявленных требований отказать.

Решение вступает в законную силу по истечении месячного срока со дня его принятия (изготовления его в полном объеме), если не подана апелляционная жалоба. В случае подачи апелляционной жалобы решение, если оно не отменено и не изменено, вступает в законную силу со дня принятия постановления арбитражного суда апелляционной инстанции.

Решение может быть обжаловано в апелляционном порядке в Шестой арбитражный апелляционный суд в течение месяца с даты принятия решения.

Апелляционная жалоба подается в арбитражный суд апелляционной инстанции через Арбитражный суд Хабаровского края.

Судья
Д.В.ЛЕОНОВ
