

## АРБИТРАЖНЫЙ СУД НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Именем Российской Федерации

### РЕШЕНИЕ

от 27 сентября 2021 г. по делу N А43-21514/2021

Резолютивная часть решения оглашена 20 сентября 2021 года

Решение в полном объеме изготовлено 27 сентября 2021 года

Арбитражный суд Нижегородской области в составе судьи Чепурных Марии Григорьевны (вн. шифр 43-696), при ведении протокола судебного заседания секретарем судебного заседания Кудряшовой А.Г., рассмотрел в судебном заседании дело по заявлению, уточненному 20.09.2021 в протоколе судебного заседания в порядке статьи 49 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области "Городская поликлиника N 51 Канавинского района Нижнего Новгорода" к Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Нижегородской области о признании недействительным требования о взыскании с ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51" средств ОМС, использованных не по целевому назначению N 4 от 20.05.2021,

при участии представителей сторон:

от заявителя: Большакова Ю.И. (доверенность от 27.07.2021),

от ответчика: Михеева В.В. (доверенность от 23.06.2021),

установил:

в Арбитражный суд Нижегородской области обратилось Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области "Городская поликлиника N 51 Канавинского района Нижнего Новгорода" (далее - заявитель, Учреждение) с уточненным в порядке статьи 49 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации заявлением к Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее - ответчик, ТФОМС, Фонд) о признании недействительным требования о взыскании с ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51" средств ОМС, использованных не по целевому назначению N 4 от 20.05.2021.

По мнению заявителя, Учреждение не нарушало п. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" при приобретении на электронном аукционе сервера в сборе, поставленного по контракту N ЭА-64/2019 от 11.11.2019 за счет средств ТФОМС на сумму меньше 100 000 рублей, поскольку при покупке сервера по данному контракту Учреждение фактически использовало средства ОМС на сумму меньше 100000 рублей, так по платежному поручению N 2106 со счета ОМС оплачено 99 999,00 руб., а оставшаяся оплата в сумме 19387,33 руб. по платежному поручению N 2107 произведена за счет средств от приносящей доход деятельности.

Подробно позиция заявителя отражена в заявлении, в письменной позиции и поддержана представителем в ходе судебного заседания.

Представитель ответчика в ходе судебного заседания возражала относительно удовлетворения заявленного требования, поскольку в данном случае Учреждение допустило нецелевое расходование денежных средств, так как законодательством об ОМС

не предусмотрен порядок частичного использования средств ОМС на оплату расходов, включенных в структуру тарифа ОМС. В данном случае стоимость сервера за 1 единицу товара превысила 100000 рублей, в связи с чем поликлиника не имела правовых оснований расходовать средства ОМС, не предусмотренные структурой тарифа, установленного частью 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ, пп. 1 п. 186 Правил ОМС, а также п. 3 Тарифного соглашения в сфере ОМС не территории Нижегородской области на 2019 год.

Подробно позиция Фонда отражена в отзыве, отзыве на письменную позицию по делу и поддержана представителем в ходе судебного заседания.

АО "СК "СОГАЗ-Мед", ООО "Капитал МС", ООО "СК "Ингосстрах - М", ООО "СМК РЕСО - Мед", привлеченные к участию в деле в качестве третьих лиц, не заявляющих самостоятельных требований относительно предмета спора, извещенные надлежащим образом, в судебное заседание явку своих представителей не обеспечили. ООО "СК "Ингосстрах - М", ООО "СМК РЕСО - Мед" письменные отзывы не представили, ходатайств не заявили.

27.07.2021 от АО "СК "СОГАЗ-Мед" в суд поступил письменный отзыв на заявление, которым общество пояснило, что порядок осуществления территориальными фондами ОМС контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями (Порядок) утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.03.2021 N 255н. Законом N 326-ФЗ, договором о финансовом обеспечении ОМС равно как и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС право страховой медицинской организации по осуществлению контроля за использованием медицинскими организациями средств ОМС не предусмотрено.

Также обществом заявлено ходатайство о рассмотрении дела в отсутствие его представителя.

Подробно позиция АО "СК "СОГАЗ-Мед" отражена в письменном отзыве.

30.07.2021 от ООО "Капитал МС" в суд поступило ходатайство о рассмотрении дела в отсутствие его представителя, а также письменная позиция, в которой общество пояснило, что рассматриваемые спорные отношения не относятся к сфере деятельности страховой медицинской организации ООО "Капитал МС".

Подробно позиция ООО "Капитал МС" отражена в письменной позиции.

Изучив материалы дела, выслушав доводы лиц, участвующих в деле, судом установлены следующие обстоятельства.

Как следует из материалов дела, Территориальным фондом ОМС в срок с 11.05.2021 по 20.05.2021 проведена комплексная проверка использования средств ОМС в ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51 Канавинского района г. Н.Новгорода".

Проверяемый период: с 01.10.2018 по 31.03.2021 (кассовые операции и операции с безналичными денежными средствами по 11.05.2021 включительно).

В результате проведенной комплексной проверки использования средств обязательного медицинского страхования в ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51 Канавинского района г. Н.Новгорода" Фондом установлено нецелевое использование средств ОМС в сумме 99999,00 рублей, а именно: в нарушение части 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ, п. 186 Правил ОМС в 2019 году медицинской организацией произведена частичная оплата в сумме 99999,00 рублей за основное средство: сервер IRU ROCK S4104 в количестве 1 шт. стоимостью свыше 100000,00 рублей за единицу товара. Основное средство приобретено по контракту, заключенному на сумму 119386,33 рублей, из них 99999,00 рублей оплачено за счет средств ОМС (платежное поручение от 12.12.2019 N 2106), оставшаяся сумма 19387,33 рублей оплачена за счет средств от приносящей

доход деятельности (платежное поручение от 12.12.2019 N 2017).

Выявленные нарушения отражены в акте проверки N 37 от 20.05.2021 (далее - Акт).

За использование не по целевому назначению средств ОМС согласно части 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ подлежит уплате штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств ОМС в сумме 9999,90 рублей.

20.05.2021 Фонда выдал Учреждению требование N 4, в соответствии с которым установлено, что согласно части 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ средства ОМС, использованные не по целевому назначению в сумме 99 999,00 рублей, и штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств ОМС в сумме 9999,90 рублей подлежат возврату в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования о взыскании от 20.05.2021 N 4.

Не согласившись с требованием о взыскании с ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51" средств ОМС, использованных не по целевому назначению N 4 от 20.05.2021, Учреждение обратилось в арбитражный суд с рассматриваемым требованием.

В соответствии с частью 1 статьи 198 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации граждане, организации и иные лица вправе обратиться в арбитражный суд с заявлением о признании недействительными ненормативных правовых актов, незаконными решений и действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, иных органов, должностных лиц, если полагают, что оспариваемый ненормативный правовой акт, решение и действие (бездействие) не соответствуют закону или иному нормативному правовому акту и нарушают их права и законные интересы в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности, незаконно возлагают на них какие либо обязанности, создают иные препятствия для осуществления предпринимательской и иной экономической деятельности.

Пунктом 4 статьи 200 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации установлено, что при рассмотрении дел об оспаривании ненормативных правовых актов, решений и действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, иных органов, должностных лиц арбитражный суд в судебном заседании осуществляет проверку оспариваемого акта или его отдельных положений, оспариваемых решений и действий (бездействия) и устанавливает их соответствие закону или иному нормативному правовому акту, устанавливает наличие полномочий у органа или лица, которые приняли оспариваемый акт, решение или совершили оспариваемые действия (бездействие), а также устанавливает, нарушают ли оспариваемый акт, решение и действия (бездействие) права и законные интересы заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности.

Таким образом, для признания ненормативного акта недействительным, решения и действия (бездействия) незаконными необходимо наличие одновременно двух условий: несоответствие их закону или иному нормативному правовому акту и нарушение прав и законных интересов заявителя в сфере предпринимательской или иной экономической деятельности.

Согласно статье 1 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ) данный Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, в том числе определяет правовое положение субъектов ОМС и участников ОМС, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения.

В силу пункта 2 статьи 34 Федерального закона N 326-ФЗ территориальный фонд осуществляет управление средствами ОМС на территории субъекта Российской Федерации.

Федерации, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ ОМС и в целях обеспечения финансовой устойчивости ОМС на территории субъекта Российской Федерации, а также решения иных задач, установленных данным Федеральным законом, положением о территориальном фонде, законом о бюджете территориального фонда.

В соответствии со статьей 37 Федерального закона N 326-ФЗ право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Согласно части 1 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ в редакции, действовавшей на момент возникновения спорных правоотношений, договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, в установленном Федеральным законом порядке.

На основании части 6 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ в редакции, действовавшей на момент возникновения спорных правоотношений, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС.

Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС, которым в силу части 2 статьи 41 Федерального закона N 326-ФЗ должны руководствоваться медицинские организации и страховые медицинские организации, определен в Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н (далее - Правила ОМС).

В свою очередь, в соответствии с частью 1 статьи 38 Федерального закона N 326-ФЗ в редакции, действовавшей на момент возникновения спорных правоотношений, страховая медицинская организация и территориальный фонд заключают договор о финансовом обеспечении ОМС, на основании которого страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств.

Частью 5 статьи 15 Федерального закона N 326-ФЗ в редакции, действовавшей на момент возникновения спорных правоотношений, установлено, что медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

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

В соответствии с частью 1 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ базовая программа ОМС представляет собой составную часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой

Правительством Российской Федерации. Базовая программа ОМС определяет, в частности, 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, а также критерии доступности и качества медицинской помощи (часть 2 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ). Кроме этого, в базовой программе ОМС устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 N 1506 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий.

В свою очередь, территориальная программа ОМС является составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации (часть 1 статьи 36 Федерального закона N 326-ФЗ). Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо (часть 2 статьи 36 Федерального закона N 326-ФЗ).

Постановлением Правительства Нижегородской области от 28.12.2018 N 914 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

Постановлением Правительства Нижегородской области от 28.12.2018 N 914 заявитель включен в перечень медицинских организаций Нижегородской области, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области на 2019 год.

В силу пункта 1 части 1 статьи 20 Федерального закона N 326-ФЗ, действовавшей на момент спорных правоотношений, медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных Федеральным законом N 326-ФЗ.

Частью 1 статьи 30 Федерального закона N 326-ФЗ, действовавшей на момент спорных правоотношений, предусмотрено, что 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 ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным

высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона N 326-ФЗ.

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на 2019 год заключено в г. Нижнем Новгороде 21.12.2018 (далее - Тарифное соглашение).

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального 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.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (часть 6 статьи 14 Федерального закона N 326-ФЗ).

По смыслу статей 10, 13 Бюджетного кодекса Российской Федерации бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов входят в структуру бюджетной системы Российской Федерации.

В статье 147 Бюджетного кодекса Российской Федерации установлено, что расходование средств государственных внебюджетных фондов осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, регламентирующим их деятельность, в соответствии с бюджетами указанных фондов, утвержденными федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации.

В силу пункта 1 статьи 306.4 Бюджетного кодекса Российской Федерации 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.

В части 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ предусмотрено, что за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, 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.

В силу пункта 12 части 7 статьи 34 Федерального закона N 326-ФЗ территориальный фонд осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии.

Осуществление контроля за использованием медицинскими организациями средств ОМС производится территориальным фондом в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 255н "Об утверждении 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" (далее - Порядок осуществления контроля).

Статьей 41 Федерального закона N 326-ФЗ определен порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 32 Порядка осуществления контроля периодичность проведения плановых комплексных проверок использования средств ОМС медицинскими организациями устанавливается не чаще чем 1 (Один) раз в год.

Основанием для проведения проверки в соответствии с пунктом 4 Порядка осуществления контроля является приказ территориального фонда, определяющий тему проверки, численный и персональный состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки, форму проверки (выездная или документарная (камеральная)), проверяемый период.

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

В силу части 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Аналогичные положения, ограничивающие приобретение основных средств стоимостью более, чем сто тысяч рублей за единицу, закреплены в подпункте 1 пункта 186 Правил ОМС, а также в пункте 3 Тарифного соглашения.

Согласно пункта 7 письма Минздрава России от 21.12.2018 N 11-7/10/1-511 "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", в соответствии с законодательством об ОМС расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в части капитального ремонта и проектно-

сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от N 326-ФЗ, осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Согласно части 1 статьи 306.4 Бюджетного кодекса Российской Федерации 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, лимитами бюджетных обязательств, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо правовым актом, являющимся основанием для предоставления указанных средств.

В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, 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.

В данном случае Учреждением по контракту N ЭА-64/2019 от 11.01.2019 приобретен сервер в сборе.

Стоимость сервера IRU ROCK S4104 составляет 119386,33 рублей за 1 единицу товара.

Приобретенное основное средство - сервер в сборе учтено Учреждением как единый инвентарный объект, поставленный на бухгалтерский учет на источник финансирования - "средства территориального фонда обязательного медицинского страхования".

Оплата за приобретенный сервер осуществлена Учреждением двумя платежами из которых: 99 999,00 рублей оплачено за счет средств ОМС, что подтверждается платежным поручением от 12.12.2019 N 2106 и оставшаяся сумма 19 387,33 рублей оплачена по платежному поручению от 12.12.2019 N 2017 за счет средств от приносящей доход деятельности.

Таким образом, оплата за приобретенные основные средства - сервер в сборе по контракту N ЭА-64/2019 от 11.01.2019, произведена Учреждением за счет средств ОМС частично, на сумму менее ста тысяч рублей.

Однако законодательством об ОМС не предусмотрен порядок частичного использования средств ОМС на оплату расходов, включенных в структуру тарифа ОМС.

Минздравом России определяется иной источник расходов на приобретение основных средств стоимостью свыше ста тысяч рублей - бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов.

Позиция Минздрава России исключает какое-либо двоякое толкование положений части 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ, подпункта 1 пункта 186 Правил ОМС, а также пункта 3 Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на 2019 год, ограничивающих приобретение за счет средств ОМС основных средств стоимостью более, чем сто тысяч рублей за единицу.



Такого понятия, как "лимит тарифа на обязательное медицинское страхование" или "лимит бюджетного обязательства", законодательство об ОМС не содержит.

Следовательно, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области "Городская поликлиника N 51 Канавинского района Нижнего Новгорода" не имело правовых оснований приобретать за счет средств Территориальной программы обязательного медицинского страхования основные средства (сервер) стоимостью свыше 100000 рублей за единицу, в связи с чем расходы на приобретение таких основных средств за счет средств обязательного медицинского страхования признаются нецелевыми в полном объеме стоимости этих основных средств.

Поскольку Учреждение, в нарушение части 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ, подпункта 1 пункта 186 Правил ОМС, а также пункта 3 Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на 2019 год, приобрело за счет средств ТФОМС основные средства (сервер) стоимостью свыше 100000 рублей за единицу, оплатив частично стоимость указанного основного средства (сервера) платежным поручением от 12.12.2019 N 2106 за счет средств ОМС 99999,00 рублей, то данные расходы признаются нецелевыми в полном объеме стоимости этих основных средств.

За использование не по целевому назначению средств ОМС согласно части 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ подлежит уплате штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств ОМС в сумме 9999,90 рублей.

Согласно части 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ средства ОМС, использованные не по целевому назначению в сумме 99999,00 рублей, и штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств ОМС в сумме 9999,90 рублей подлежат возврату в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования о взыскании от 20.05.2021 N 4.

Требование о взыскании с ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51 Канавинского района г. Нижнего Новгорода" средств ОМС, использованных не по целевому назначению, от 20.05.2021 N 4 на общую сумму 109998,90 рублей получено заявителем 20.05.2021.

Однако денежные средства в бюджет ТФОМС не возвращены, штраф не уплачен (доказательства уплаты вышеуказанных денежных средств Учреждением в материалы дела не представлено).

Таким образом, учитывая установленные по делу обстоятельства, оспариваемое требование о взыскании с ГБУЗ НО "Городская поликлиника N 51" средств ОМС, использованных не по целевому назначению N 4 от 20.05.2021, является законными и обоснованными, не нарушает права и законные интересы заявителя, незаконно не возлагает на заявителя какие-либо обязанности, не создает иные препятствия для осуществления деятельности.

В связи с чем, и в соответствии с частью 3 статьи 201 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации в рассматриваемом случае отсутствует совокупность двух условий, необходимая для признания оспариваемого требования N 4 от 20.05.2021 недействительным, требование заявителя удовлетворению не подлежат.

В соответствии со статьей 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации судебные расходы по уплате государственной пошлины подлежат отнесению на заявителя.

Руководствуясь статьями 49, 110, 167 - 170, 176, 180 - 182, 201 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, арбитражный суд

решил:

В удовлетворении заявленного требования заявителю отказать.

Расходы по уплате государственной пошлины отнести на заявителя.

Настоящее решение вступает в законную силу по истечении одного месяца со дня принятия и может быть обжаловано в Первый арбитражный апелляционный суд через Арбитражный суд Нижегородской области в месячный срок со дня принятия решения.

Судья  
М.Г.ЧЕПУРНЫХ

---