



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ АРБИТРАЖНЫЙ СУД  
ВОЛГО-ВЯТСКОГО ОКРУГА**

**603082, Нижний Новгород, Кремль, 4, <http://fasvvo.arbitr.ru/>**

---

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ  
арбитражного суда кассационной инстанции**

Нижний Новгород

Дело № А31-6119/2011

30 мая 2012 года

(дата изготовления постановления в полном объеме)

Резолютивная часть постановления объявлена 24.05.2012.

Федеральный арбитражный суд Волго-Вятского округа в составе:  
председательствующего Шутиковой Т.В.,  
судей Базилевой Т.В., Забурдаевой И.Л.

при участии представителя

от заявителя: Тимошкина А.С., доверенность от 26.03.2012 № 510,

рассмотрел в судебном заседании кассационную жалобу заявителя –  
Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Костромской области

на решение Арбитражного суда Костромской области от 14.11.2011,  
принятое судьей Мофа В.Д., и  
на постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 13.02.2012,  
принятое судьями Хоровой Т.В., Немчаниновой М.В., Черных Л.И.,  
по делу № А31-6119/2011

по заявлению Территориального Фонда обязательного медицинского страхования  
Костромской области (ИНН: 4401017094, ОГРН: 1024400519330)  
о взыскании с Муниципального учреждения здравоохранения вторая городская больница  
г. Костромы (ИНН: 4442003213, ОГРН: 10244005423238) 1 379 088 рублей 04 копеек,

третьи лица, не заявляющие самостоятельных требований относительно предмета спора, -  
Департамент здравоохранения Костромской области  
(ИНН: 4401004514, ОГРН: 1024400523564),  
Департамент образования и науки Костромской области  
(ИНН: 4401004835, ОГРН: 1024400521111),

**и у с т а н о в и л :**

Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования Костромской области  
(далее – Фонд) обратился в Арбитражный суд Костромской области с заявлением о взы-

скании с Муниципального учреждения здравоохранения вторая городская больница г. Костромы (в настоящее время Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Окружная больница Костромского округа № 1», далее – Учреждение) 1 379 088 рублей 04 копеек в счет восстановления использованных нецелевым образом средств обязательного медицинского страхования.

К участию в деле в качестве третьих лиц, не заявляющих самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечены Департамент здравоохранения Костромской области и Департамент образования и науки Костромской области (далее – третьи лица).

Решением Арбитражного суда Костромской области от 14.11.2011 в удовлетворении заявленного требования отказано.

Постановлением суда апелляционной инстанции от 13.02.2012 решение суда первой инстанции оставлено без изменения.

Фонд не согласился с решением и постановлением судов первой и апелляционной инстанций и обратился в Федеральный арбитражный суд Волго-Вятского округа с кассационной жалобой, в которой просит отменить данные судебные акты и принять новый судебный акт об удовлетворении заявленного требования.

Заявитель жалобы считает, что суды не применили подлежащие применению статью 2, пункт 1 статьи 10, пункт 96 части 1 статьи 17 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», выводы судов не соответствуют фактическим обстоятельствам дела. По мнению Фонда, оказание медицинской помощи в помещении, не принадлежащем на законном праве медицинскому учреждению, при отсутствии лицензии на осуществление деятельности в данном помещении является грубым нарушением лицензионных требований. Учреждение оказывало медицинскую помощь в здравпунктах, которые являются подразделениями поликлиники, однако расположены в образовательных учреждениях и на предприятиях, при этом лицензия на осуществление деятельности в здравпунктах отсутствовала. Расходование средств обязательного медицинского страхования на оплату труда медицинских работников здравпунктов в отсутствие лицензии является нецелевым. Данные средства подлежат восстановлению в бюджет Фонда.

Представитель Фонда в судебном заседании поддержал доводы, подробно изложенные в кассационной жалобе.

Учреждение и третьи лица, надлежащим образом извещенные о месте и времени рассмотрения кассационной жалобы, представителей в судебное заседание не направили, отзывы на кассационную жалобу не представили.

Законность принятых судебных актов проверена Федеральным арбитражным судом Волго-Вятского округа в порядке, установленном в статьях 274, 284 и 286 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Как следует из материалов дела, Фонд провел комплексную проверку деятельности Учреждения, по результатам которой составил акт от 15.10.2010.

Фонд вынес предписание от 30.11.2010 № 2705 об устранении нарушений в использовании средств обязательного медицинского страхования (вручено 01.12.2010), в котором Учреждению предложено в срок до 30.12.2010 восстановить средства обязательного медицинского страхования, использованные во втором полугодии 2009 года и в первом полугодии 2010 года на выплату заработной платы медицинскому персоналу, занятому в здравпунктах, при отсутствии лицензии на осуществление медицинской деятельности, в общей сумме 1 379 088 рублей 04 копейки.

В связи с неисполнением Учреждением предписания Фонд обратился в арбитражный суд с заявлением о взыскании 1 379 088 рублей 04 копеек в счет восстановления использованных нецелевым образом средств обязательного медицинского страхования.

Руководствуясь пунктом 1 статьи 8 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», статьей 1 Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», статьями 15, 37.2 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, пунктом 8 Положения о лицензировании образовательной деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2009 № 277, пунктами 4, 5, 10 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30, суд первой инстанции пришел к выводу об отсутствии в деятельности Учреждения случаев необоснованного расходования денежных средств на цели, не соответствующие задачам обязательного медицинского страхования, и отказал в удовлетворении заявленного Фондом требования.

Второй арбитражный апелляционный суд согласился с выводом суда первой инстанции и оставил его решение без изменения.

Рассмотрев кассационную жалобу, Федеральный арбитражный суд Волго-Вятского округа не нашел правовых оснований для ее удовлетворения.

В соответствии с пунктами 1 и 2 статьи 19 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» 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. Нецелевое расходование денежных средств бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования не допускается и влечет за собой ответственность должностных лиц, допустивших указанное в настоящем пункте нарушение, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Аналогичная норма закреплена в статье 147 Бюджетного кодекса Российской Федерации, согласно которой 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.

Отношения в области обязательного медицинского страхования в спорном периоде регулировались Законом Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее – Закон о медицинском страховании).

Согласно статье 1 Закона о медицинском страховании медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за

счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

В пункте 10 Временного порядка финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан, утвержденного Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 05.04.2001 № 1518/21-1 по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации от 06.04.2001 № 2510/3586-01-34 и Министерством финансов Российской Федерации от 27.04.2001 № 12-03-14, предусмотрено, что медицинские учреждения любой формы собственности, имеющие лицензию на право оказания определенных видов медицинской помощи, используют поступившие средства в соответствии с заключенными договорами на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации.

Согласно статье 15 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» лицензирование медицинской деятельности осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В силу статьи 5 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» положения о лицензировании конкретных видов деятельности утверждает Правительство Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 (далее – Положение), медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию, в том числе, доврачебной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Согласно пункту 5 Положения лицензионным требованием является, в частности, наличие у соискателя лицензии (лицензиата) зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям.

Выданный лицензирующим органом документ, подтверждающий наличие лицензии, должен иметь приложение, содержащее наименование работ (услуг), являющееся неотъемлемой частью указанного документа (пункт 10 Положения).

Суды первой и апелляционной инстанций установили, что во втором полугодии 2009 года и в первом полугодии 2010 года работники Учреждения (1 единица врачебного персонала и 16,5 единицы среднего медицинского персонала) осуществляли медицинскую деятельность в здравпунктах, расположенных в образовательных учреждениях и на предприятиях.

В соответствии с положением о поликлинике взрослых № 3, утвержденным приказом главного врача Учреждения от 22.09.2006 № 107, и штатным расписанием Учреждения здравпункты входят в организационную структуру поликлиники в качестве лечебно-профилактических подразделений, однако при этом не являются структурными подразделениями поликлиники № 3 либо Учреждения.

Заработная плата работникам, осуществляющим деятельность в здравпунктах, выплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования и составила 1 379 088 рублей 04 копейки.

В данных здравпунктах работники Учреждения оказывали первичную медико-санитарную помощь: доврачебную и амбулаторно-поликлиническую, предусмотренную выданной Учреждению лицензией.

В суде первой инстанции Фонд пояснил, что медицинские услуги, оказанные Учреждением в здравпунктах, подпадают под действие Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Суды, оценив в совокупности представленные в дело доказательства, с учетом конкретных обстоятельств дела, обоснованно указали на недоказанность нецелевого использования Учреждением выделенных ему средств обязательного медицинского страхования.

Доводы заявителя кассационной жалобы отклоняются судом округа, поскольку не опровергают вывода судов об использовании Учреждением средств на цели обязательного медицинского страхования в соответствии с видами деятельности, предусмотренными выданной Учреждению лицензией.

Нормы материального права применены судами первой и апелляционной инстанций правильно. Нарушений норм процессуального права, являющихся в силу части 4 статьи 288 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации в любом случае основаниями для отмены принятых судебных актов, судом кассационной инстанции не установлено. Кассационная жалоба не подлежит удовлетворению.

Вопрос о распределении расходов по государственной пошлине с кассационной жалобы не рассматривался, поскольку заявитель на основании подпункта 1.1 пункта 1 статьи 333.37 Налогового кодекса Российской Федерации освобожден от ее уплаты.

Руководствуясь пунктом 1 части 1 статьи 287 и статьей 289 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Федеральный арбитражный суд Волго-Вятского округа

#### П О С Т А Н О В И Л :

решение Арбитражного суда Костромской области от 14.11.2011 и постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 13.02.2012 по делу № А31-6119/2011 оставить без изменения, кассационную жалобу Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Костромской области – без удовлетворения.

Постановление арбитражного суда кассационной инстанции вступает в законную силу со дня его принятия.

Председательствующий

Т.В. Шутикова

Судьи

Т.В. Базилева

И.Л. Забурдаева