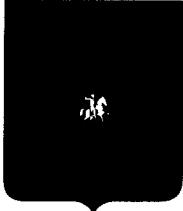


7



ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Дело № 86 - Г 11 - 10

О П Р Е Д Е Л Е Н И Е

г. Москва

10 августа 2011 г.

Судебная коллегия по административным делам Верховного Суда
Российской Федерации в составе

председательствующего	Хаменкова В.Б.,
судей	Горчаковой Е.В. и Калининой Л.А.
при секретаре	Аверине А.В.

рассмотрела в открытом судебном заседании дело по заявлению исполняющего обязанности прокурора Владимирской области о признании несоответствующими федеральному законодательству и недействующими с момента принятия отдельных положений разделов V, VI, таблиц 1.1 и 3 раздела IX Программы государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи на 2011 год, утвержденной постановлением губернатора Владимирской области от 24 января 2011 г. № 23, по кассационной жалобе администрации Владимирской области на решение Владимирского областного суда от 18 мая 2011 г., которым заявление удовлетворено.

Заслушав доклад судьи Верховного Суда Российской Федерации Горчаковой Е.В., объяснения представителей администрации Владимирской области Марковой И.В., Гулиной Н.Э., Трифановой С.Б., заключение прокурора Генеральной прокуратуры Российской Федерации Засеевой Э.С. о законности решения суда, Судебная коллегия по административным делам Верховного Суда Российской Федерации

установила:

в целях обеспечения государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» постановлением губернатора Владимирской области от 24 января 2011 г. № 23

утверждена Программа государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи на 2011 год.

Данное постановление губернатора Владимирской области официально опубликовано в издании «Владимирские ведомости» 29 января 2011г., № 19.

Абзацами 3, 4, 5 раздела V Программы предусмотрены нормативы объема медицинской помощи по ее видам в единицах объема на 1 человека в год для амбулаторной, в том числе неотложной медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, в рамках Областной программы обязательного медицинского страхования; для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров; для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих подразделениях, в том числе в рамках Областной программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с абзацами 3, 4, 5 VI раздела установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на один пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования; на один койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях за счет средств обязательного медицинского страхования; на один вызов скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной).

Абзацем 9 названного раздела установлены подушевые нормативы финансового обеспечения в расчете на 1 человека в год в среднем 5760,3 руб., в том числе 3753,08 руб. за счет средств обязательного медицинского страхования и 2007,22 руб. за счет средств соответствующих бюджетов.

В таблице 3 раздела IX «Экономическая характеристика Программы» установлены показатели

- в строках 4, 5, 6 столбцов (граф) 8, 10 общей потребности в финансировании амбулаторной помощи, стационарной медицинской и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС, только за счёт средств бюджета;

- в строках 11,12 столбцов (граф) 9,10 общей потребности в финансировании стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, за счёт средств ОМС;

- в строках 15, 16 столбцов (граф) 9,10 общей потребности в финансировании стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов по областной программе ОМС за счёт средств ОМС -150,3 млн руб.

В таблице 1.1 названного раздела указаны объемы медицинской помощи, предоставляемой населению Владимирской области в рамках заданий на оказание бесплатной медицинской помощи, в строке «ВСЕГО»:

- в столбцах (графах) 2,3,4 общее количество койко-дней - 3 508 383, в том числе по бюджету - 862 651, по ОМС-2 645 732;

- в столбцах (графах) 5,7 общее количество посещений - 13 962 292, в том числе по ОМС - 12 577 572,

- в столбцах (графах) 8,9 общее количество пациенто-дней - 802 501, в том числе по бюджету - 86 200 пациенто-дней.

Исполняющий обязанности прокурора Владимирской области обратился в суд с заявлением о признании приведенных положений противоречащими федеральному законодательству и недействующими, указав в обоснование требований, что региональные стандарты медицинской помощи установлены в оспариваемых нормах в меньшем размере, чем это предусмотрено постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» (далее – федеральная Программа).

Обжалуемым решением заявление исполняющего обязанности прокурора Владимирской области удовлетворено.

В кассационной жалобе администрацией Владимирской области ставится вопрос об отмене судебного решения, как незаконного и необоснованного, в виду неправильного применения норм материального права, несоответствия выводов суда обстоятельствам дела и принятии нового решения об отказе в удовлетворении требований.

Проверив материалы дела, обсудив доводы кассационной жалобы, Судебная коллегия по административным делам Верховного Суда Российской Федерации не находит оснований для ее удовлетворения.

В соответствии с пунктом «ж» части 1 статьи 72 Конституции Российской Федерации в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся координация вопросов здравоохранения; защита семьи, материнства, отцовства и детства; социальная защита, включая социальное обеспечение.

По предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации издаются федеральные законы и принимаемые в соответствии с ними законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации (часть 2 статьи 76 Конституции Российской Федерации).

В силу части 5 статьи 76 Конституции Российской Федерации законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут противоречить федеральным законам. В случае противоречия между федеральным законом и иным актом, изданным в Российской Федерации, действует федеральный закон.

Частью 1 статьи 39 Конституции Российской Федерации каждому гарантировано социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

Согласно пункту 16 статьи 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее – Основы), утвержденных

Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г. № 5487-1, к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относится в том числе разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования.

В силу положений статьи 6 Основ органы государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан вправе разрабатывать, утверждать и реализовывать территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающую в себя программу обязательного медицинского страхования.

Частью 4 статьи 20 Основ предусмотрено, что гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Положениями статьи 20.1 Основ установлено, что программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь. В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматриваются условия оказания медицинской помощи, критерии качества и доступности медицинской помощи.

Правительство Российской Федерации утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в соответствии с которой органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. № 782 утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год, которая предусматривает те же самые показатели, которые предусмотрены оспариваемыми положениями Программы, но в большем размере.

Как следует из первого раздела федеральной Программы, орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе за счет доходов бюджета субъекта Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований и бюджета территориального фонда обязательного медицинского

страхования при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи, а также включать в территориальную программу обязательного медицинского страхования виды и объемы медицинской помощи, финансирование которых в соответствии с Программой осуществляется за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Проанализировав приведенные нормы федерального законодательства, сравнив соответствующие показатели федеральной и областной программ государственных гарантий, суд первой инстанции сделал правильный вывод о том, что субъектом Российской Федерации установлены нормативы объема медицинской помощи в меньшем размере, чем это предусмотрено Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 811, обоснованно признав оспариваемые нормы недействующими ввиду их противоречия требованиям федерального законодательства.

То обстоятельство, что с 1 января 2011г. утратил силу Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», который содержал в статье 22 запрет уменьшения объема и условий оказания медицинской помощи, предусматриваемой территориальными программами обязательного медицинского страхования по сравнению с нормативами базовой программы, не свидетельствует о праве субъектов Российской Федерации снижать виды и объемы оказания медицинской помощи, поскольку продолжают действовать положения выше приведенных норм федерального законодательства.

В связи с изложенным довод кассационной жалобы о необоснованном применении судом при рассмотрении дела положений недействующего закона не опровергает правильность вывода суда о недопустимости снижения территориальными программами уровня объема бесплатной медицинской помощи, гарантированного государством.

Судебная коллегия признает несостоятельным довод кассационной жалобы об одноканальности финансирования Программы и, как следствие, невозможности ее сравнения с положениями федеральной Программы ввиду финансирования последней из двух источников, поскольку одноканальное финансирование является способом доведения денежных средств до медицинских учреждений, а источниками во всех случаях являются средства бюджета и фонда обязательного медицинского страхования.

Доводы администрации Владимирской области о возможности корректировки нормативов объема медицинской помощи с учетом возрастно-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения Владимирской области, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских учреждений, а также о недостаточности финансирования были предметом исследования судом первой инстанции, им дана надлежащая оценка,

согласно которой они не могут служить основаниями к отказу в удовлетворении заявленных требований.

По мнению Судебной коллегии, право субъектов Российской Федерации корректировать нормативы объема медицинской помощи не свидетельствует о предоставлении им права занижать соответствующие нормативы, предусмотренные федеральной Программой.

На основании изложенного постановленное судом решение следует признать законным и обоснованным.

Руководствуясь статьями 360, 361, 366 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, Судебная коллегия по административным делам Верховного Суда Российской Федерации

определила:

решение Владимирского областного суда от 18 мая 2011 г. оставить без изменения, кассационную жалобу администрации Владимирской области – без удовлетворения.

Председательствующий

Судьи

