

**АРБИТРАЖНЫЙ СУД УРАЛЬСКОГО ОКРУГА**

пр-кт Ленина, стр. 32, Екатеринбург, 620000

<http://fasuo.arbitr.ru>**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

№ Ф09-2229/26

Екатеринбург

20 июля 2026 г.

Дело № А50-14861/2025

Резолютивная часть постановления объявлена 07 июля 2026 г.

Постановление изготовлено в полном объеме 20 июля 2026 г.

Арбитражный суд Уральского округа в составе:
председательствующего Жаворонкова Д.В.,
судей Кравцовой Е.А., Сухановой Н.Н.,
при ведении протокола помощником судьи Кармацкой О.Л. рассмотрел в судебном заседании путем использования системы веб-конференции кассационную жалобу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Городская клиническая поликлиника г. Перми» (далее – учреждение, поликлиника) на решение Арбитражного суда Пермского края от 21.11.2025 по делу № А50-14861/2025 и постановление Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 11.03.2026 по тому же делу.

Лица, участвующие в деле, о времени и месте рассмотрения кассационной жалобы извещены надлежащим образом, в том числе публично, путем размещения информации о времени и месте судебного заседания на сайте Арбитражного суда Уральского округа.

При открытии судом кассационной инстанции судебного заседания с использованием онлайн-сервиса «Картотека арбитражных дел» установлено, что представитель учреждения не подключился к каналу связи, что свидетельствует об его неявке.

Установив, что средства связи суда воспроизводят видео- и аудиосигнал надлежащим образом, технические неполадки отсутствуют, представителю заявителя кассационной жалобы обеспечена возможность дистанционного участия в процессе, которая не в полной мере реализована по причинам, находящимся в сфере его контроля, а также принимая во внимание использованное сторонами право предоставления письменных позиций по существу кассационной жалобы, суд округа не усмотрел предусмотренных статьей 158 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации оснований для отложения судебного заседания.

В судебном заседании с использованием онлайн-сервиса «Картотека

арбитражных дел» приняли участие представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – ТФОМС Пермского края, фонд) - Вяткина Т.Н. (доверенность от 12.01.2026), Новоселова И.К. (доверенность от 16.01.2026).

Учреждение обратилось в Арбитражный суд Пермского края с заявлением к фонду о признании недействительными заключения по результатам повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи от 15.05.2025 № 62/44 ЭКМП и решения комиссии по рассмотрению претензий медицинских организаций от 20.05.2025 3 44/72 в части установления нарушения по неоказанию медицинской помощи в отношении 186 случаев, а также взыскания штрафа в размере 67 912,32 руб.

К участию в деле в качестве третьих лиц, не заявляющих самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечены Министерство здравоохранения Пермского края (далее – министерство), общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» - филиал в Пермском крае (далее – ООО «СМК РЕСО-Мед», страховая организация).

Решением суда от 21.11.2025 в удовлетворении требований отказано. В части требования о признании незаконными заключения по результатам повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи от 15.05.2025 № 62/44 ЭКМП производство по делу прекращено.

Постановлением Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 11.03.2026 решение суда первой инстанции оставлено без изменения.

Не согласившись с принятыми по делу судебными актами, учреждение обратилось в суд округа с кассационной жалобой, в которой просит решение и постановление судов в части отказа в удовлетворении заявленных требований отменить, принять по делу новое решение об удовлетворении заявленных требований.

Заявитель жалобы просит учесть, что все представленные учреждением реестры счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам за 2024 год не были отклонены ни страховой организацией, ни фондом, а были оплачены полностью, тем самым страховая организация, а также фонд признали соответствие объема и качества оказанной медицинской помощи застрахованным лицам по представленным счетам. По случаям нарушений, которые вменяются учреждению, реестры счетов поликлиникой не подавались, и данные случаи не оплачивались. Применять санкции в виде штрафа по случаям, по которым медицинской организацией не подавались счета к оплате, законных оснований не имелось. Жалобы/заявления застрахованных и иных лиц, случаи, по которым пациенты обращались в учреждение и не получили услугу в виде диспансерного наблюдения, отсутствуют.

Поликлиника считает, что вывод суда о недоказанности совершения учреждением действий по информированию застрахованных лиц о возможности прохождения диспансерного наблюдения не обоснован. С пациентами, указанными в реестре страховой организации, представленным

для применения к учреждению штрафных санкций, медицинская организация не могла установить контакт для фиксации уведомления/отказа от диспансерного наблюдения в связи с неявкой указанных лиц в медицинское учреждение для прохождения диспансерного наблюдения. А при отсутствии факта общения пациента с медицинским работником соблюдение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) в получении отказа невозможно. Учреждением представлен реестр по обзвону пациентов, выходу медицинских работников по местам проживания пациентов с целью информирования о возможности прохождения диспансерного наблюдения. Данные доказательства судом не приняты во внимание. Однако данные доказательства не опровергнуты как способ донесения информации до пациентов.

Учреждение просит учесть, что в Российской Федерации отсутствует разработанный законодательный алгоритм действий медицинской организации по информированию застрахованных лиц о возможности прохождения диспансерного наблюдения. При этом действия по информированию пациентов о возможности прохождения диспансерного наблюдения медицинской организацией были выполнены добросовестно, с использованием всех возможных и доступных вариантов. Судами не дана объективная оценка указанным доказательствам проделанной работы учреждением по информированию пациентов. Кроме того, согласно [Приказу](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Приказ № 108н) обязанность по информированию застрахованных лиц о возможности прохождения диспансерного наблюдения возложена в равной степени на страховые медицинские организации.

По мнению поликлиники, поскольку внеплановая проверка по случаям, указанным в реестре, в отношении учреждения была проведена с грубым нарушением порядка осуществления контроля, указанного в [Приказе](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2021 № 255н, [Приказе](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее – Приказ № 231н) (в отсутствие оснований для проведения внеплановой проверки), выводы, сделанные по результатам ее проведения нельзя признать законными, в связи с чем назначенные штрафные санкции также являются незаконными.

Заявитель жалобы считает, что при вынесении решения и постановления судами не учтено, что обжалуемое учреждением решение фонда не соответствует нормам Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ), Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края, Приказу № 108н,

[Приказу](#) № 231н, Письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № ЗЫ/И/2-7168 «О применении финансовых санкций по результатам МЭК».

Фонд и страховая компания в представленных на кассационную жалобу учреждения отзывах просят обжалуемые судебные акты оставить без изменения, кассационную жалобу – без удовлетворения.

Проверив законность судебных актов в порядке [статьи 286](#) Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, суд кассационной инстанций не нашел оснований для их отмены.

Как установлено судами и следует из материалов дела, уведомлением № 132 от 04.02.2025 ООО «СМК РЕСО-Мед» информировало учреждение о проведении внеплановой медико-экономической экспертизы по данным электронных медицинских карт, размещенных в Единой информационной системе здравоохранения Пермского края (Промед) за период 2024 года. Страховой организацией указано, что был проведен анализ реестров счетов в части информации о периодичности диспансерного наблюдения застрахованных лиц в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н (далее – Приказ № 168н).

В дальнейшем ООО «СМК РЕСО-Мед» провело экспертизу качества медицинской помощи по 194 случаям неоказания медицинской помощи в виде диспансерного наблюдения пациентам, имеющим хронические неинфекционные заболевания, включенным в список лиц, подлежащих диспансерному наблюдению.

Страховой организацией составлено заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи от 24.02.2025 № 01250247DN23 и заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи от 24.02.2025 № 01250247DN231, согласно которым по спорным 194 случаям к поликлинике применен штраф в размере 365,12 руб. за каждый случай нарушения на основании пункта 3.15.1 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), изложенного в виде приложения к Приказу № 231н (далее также Перечень).

Поскольку возражения учреждения не были приняты, 31.03.2025 поликлиника обжаловала заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи от 24.02.2025 № 01250247DN23 и заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи от 24.02.2025 № 01250247DN231 в порядке статьи 42 Закона № 326-ФЗ в ТФОМС Пермского края.

Фондом на основании жалобы учреждения проведена повторная экспертиза качества медицинской помощи по спорным случаям.

Согласно заключению по результатам повторной экспертизы качества медицинской помощи от 15.05.2025 № 62/44 ЭКМП эксперт ТФОМС Пермского края согласился с выводами страховой организации в 186 случаях.

По результатам повторной экспертизы оформлено решение комиссии ТФОМС Пермского края по рассмотрению претензий медицинских организаций от 20.05.2025 № 44/72, в соответствии с которым, в 186 случаях

претензия поликлиники по пункту 3.15.1 Перечня оставлена без удовлетворения.

Полагая, что заключение от 15.05.2025 № 62/44 ЭКМП и решение комиссии фонда от 20.05.2025 № 44/72 не соответствуют закону, учреждение обратилось в Арбитражный суд Пермского края с соответствующим заявлением.

Поскольку оспариваемое учреждением заключение от 15.05.2025 № 62/44 ЭКМП ненормативным правовым актом не является, суд первой инстанции в данной части прекратил производство по делу. В указанной части судебный акт не обжаловался.

Отказывая в удовлетворении остальной части заявленных требований, суды первой и апелляционной инстанций исходили из отсутствия совокупности правовых оснований для признания оспариваемого ненормативного акта недействительным.

Суд кассационной инстанции не находит оснований для отмены обжалуемых судебных актов.

В соответствии с частью 1 статьи 198, статьями 200, 201 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации для признания недействительным ненормативного правового акта, решения органа, осуществляющего публичные полномочия, должностных лиц, необходимо установить наличие двух условий: несоответствие оспариваемого ненормативного правового акта, решения закону или иному нормативному правовому акту и нарушение указанным ненормативным правовым актом, решением прав и охраняемых законом интересов заявителя в сфере предпринимательской или иной экономической деятельности.

В силу [части 5 статьи 15](#) Закона № 326-ФЗ медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании 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 и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Согласно [пункту 7 статьи 5](#) Закона № 326-ФЗ установление ответственности субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании является полномочием Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

На основании [части 8 статьи 39](#) Закона № 326-ФЗ за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором в соответствии со [статьей 41](#) названного Федерального закона.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) изложен в виде приложения к Приказу № 231н.

Санкции, соответствующие Перечню, указаны в Приложении № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, действовавших в спорный период (далее – Правила № 108н).

Пункт 3.15.1 Перечня - непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья.

Согласно пункту 155 Правил № 108н размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле: $\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт}$, где:

Сшт - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Приложением № 5 к Правилам № 108н для пункта 3.15.1 Перечня установлен Кшт равный 1.

Экспертиза качества медицинской помощи по спорным случаям проведена страховой организацией и ТФОМС Пермского края в 2025 году.

Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края на 2025 год заключено 27.12.2024 (далее – Тарифное соглашение на 2025 год).

Пунктом 16.3 Тарифного соглашения на 2025 год установлен размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи для расчета размера штрафа, применяемого за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер подушевого финансирования для расчета штрафа для случаев диспансерного наблюдения составляет 365,12 руб.

Таким образом, суды обоснованно отметили, что законом предусмотрено применение к медицинской организации санкции в виде штрафа за неоказание медицинской помощи, частным случаем которого является непроведение диспансерного наблюдения, а также, что размер штрафа определяется субъектом Российской Федерации самостоятельно и конкретно для случаев непроведения диспансерного наблюдения по условиям Тарифного соглашения на 2025 год составляет 365,12 руб.

Приказом № 168н утвержден Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (далее – Порядок).

Согласно пункту 3 Порядка диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

В соответствии с пунктом 4 Порядка диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

- 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Пунктом 5 Порядка определено, что организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации осуществляет руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации.

В силу пункта 7 Порядка при осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, обеспечивает:

- 1) формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;
- 2) информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;
- 3) обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья, определенных врачом-терапевтом (фельдшером) или врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

На основании пункта 8 Порядка наличие медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов

(осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, указанным в пункте 6 данного Порядка, в соответствии с названным [Порядком](#), с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

Согласно пункту 9 Порядка в случае проведения диспансерного наблюдения за пациентами с несколькими заболеваниями, перечень контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию.

В силу [пункта 12](#) Порядка медицинский работник, указанный в пункте 6 этого Порядка, при проведении диспансерного наблюдения:

- 1) устанавливает группу диспансерного наблюдения;
- 2) ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 3) информирует о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 4) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 5) организует в случае невозможности посещения лицом, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
- 6) организует консультацию пациента врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста;
- 7) осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

[Приложениями № 1, 2, 3](#) к Порядку утверждены перечни хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение, с определением минимальной периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) и длительности диспансерного наблюдения по каждому заболеванию.

В соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (действовал в период спорных правоотношений) на каждый случай диспансерного наблюдения заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная [форма № 030/у](#)), в которой фиксируется запланированная дата визита к врачу и дата состоявшегося визита.

Судами установлено, материалами дела подтверждено и лицами, участвующими в деле не опровергнуто, что в ходе проведенной ТФОМС Пермского края повторной экспертизы качества медицинской помощи экспертом фонда проанализированы реестры счетов на оплату медицинской помощи и карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за период с 01.01.2024 по 31.12.2024 и установлено, что учреждением в нарушение [Порядка](#) не организовывалось и не осуществлялось в предусмотренном законом объеме диспансерное наблюдение пациентов, имеющих хронические неинфекционные заболевания, несмотря на то, что некоторые пациенты в течение года посещали медицинскую организацию, в том числе с профилактическими целями, то есть у медицинской организации была объективная возможность довести до застрахованных лиц информацию о необходимости регулярного наблюдения по поводу конкретного заболевания и о праве на прохождение углубленного обследования; учетные [формы № 030/у](#) в картах пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, отсутствовали или не заполнялись. При наличии визитов пациентов, сведения об их информировании о необходимости планового обследования в рамках диспансерного наблюдения в связи с наличием хронического заболевания в картах пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не представлены; письменный отказ от диспансерного наблюдения не оформлен; данные о принятии медицинской организацией мер для информирования лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, о необходимости его прохождения, отсутствуют.

Указанные обстоятельства квалифицированы экспертами фонда как непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица, включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья, что соответствует пункту 3.15.1 Перечня.

Факт непроведения диспансерного наблюдения по спорным случаям в отношении лиц, которые включены в списки для диспансерного наблюдения (в связи с наличием у них соответствующего диагноза), равно как и отсутствие письменных отказов от прохождения диспансерного наблюдения по спорным случаям, учреждением фактически не оспаривалось.

Отклоняя довод учреждения об отсутствии обязанности у работников медицинской организации фиксировать информирование о прохождении диспансерного наблюдения или отказ от его прохождения в письменном виде, суды правомерно руководствовались положениями [статьи](#) 20 Закона № 323-ФЗ, устанавливающими письменную форму как согласия, так и отказа от медицинских вмешательств, которые включает в себя диспансерное наблюдение.

Соответственно, учитывая предусмотренную обязанность по заполнению учреждением учетной формы № 030/у, по спорным случаям при посещении поликлиники должна была быть заполнена соответствующая форма, либо - получен письменный отказ от прохождения диспансерного наблюдения.

Суд апелляционной инстанции также обоснованно отметил, что неявка застрахованного лица для проведения диспансерного наблюдения в соответствующем году может быть расценена как отказ от его прохождения только при доказанности того обстоятельства, что учреждение в соответствии с вышеизложенными нормами проинформировало застрахованное лицо о необходимости прохождения диспансерного наблюдения.

В разделе IV «Базовая программа обязательного медицинского страхования» Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 установлен порядок, в котором учреждение должно проинформировать застрахованное лицо, а именно: медицинские организации с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», а также с привлечением страховых медицинских организаций информируют застрахованное лицо, за которым установлено диспансерное наблюдение, о рекомендуемых сроках явки на диспансерный прием (осмотр, консультацию).

Действующее законодательство возлагает на медицинскую организацию обязанность проинформировать застрахованное лицо о необходимости прохождения диспансерного наблюдения вне зависимости от факта обращения застрахованного лица в лечебное учреждение.

При этом доказательства информирования застрахованных лиц по спорным случаям (как явившихся, так и не явившихся в учреждение в 2024 году) о необходимости проведения диспансерного наблюдения в вышеуказанном порядке (путем использования федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»), либо в каком-либо ином порядке, поликлиникой в материалы дела не представлены.

К представленным медицинской организацией доказательствам ведения работы по извещению о диспансерном наблюдении по спорным случаям (распечатки исходящих телефонных звонков при осуществлении работы колл-центра) суды отнесли критически на том основании, что данный список исходящих телефонных звонков не позволяет соотнести их со спорными застрахованными лицами, не содержит информацию о содержании разговоров, включает все исходящие звонки, в том числе сброшенные и нерезультативные.

Кроме того, судом апелляционной инстанции учтены представленные фондом письменные пояснения от некоторых из спорных застрахованных лиц, которые указали, что учреждение о необходимости прохождения диспансерного наблюдения их не извещало.

Также апелляционный суд отметил, что список пациентов, проинформированных поликлиникой в виде приглашений («По подворовому обходу»), представленный заявителем в материалы дела, не подтверждает факт информирования спорных застрахованных лиц, поскольку в качестве получателей приглашений указаны застрахованные лица, в отношении которых

контрольные мероприятия не проводились; спорные застрахованные лица в соответствующем списке отсутствуют.

Помимо этого суд апелляционной инстанции отразил, что список пациентов, проинформированных учреждением в виде приглашений («По подворовому обходу») не может заменить уведомление через «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», либо учетную форму № 030/у ни по форме, ни по содержанию: не известно содержание приглашений, рассылка приглашений не подтверждается записями в электронных медицинских картах и/или отметками о таковых в учетной форме № 030/у, либо записями в «Электронной регистратуре» о резервировании времени приема пациента, приглашенного для диспансерного наблюдения.

В отношении довода поликлиники об отсутствии у учреждения технической возможности осуществить информирование пациента о необходимости прохождения диспансерного наблюдения с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» суд апелляционной инстанции учел, что возможность информирования пациентов соответствующим способом предусмотрена и внутренним документом учреждения - приказом главного врача учреждения от 11.01.2024 № 6/1 «О проведении диспансерного наблюдения за взрослым населением учреждения в 2024 г.».

Каких-либо доказательств организации в медицинском учреждении работы по информированию пациентов о прохождении диспансерного наблюдения в соответствии с действующим в организации приказом (списки пациентов, составленные уполномоченным лицом, для передачи в колл-центр, отчет колл-центра о результатах взаимодействия, списки для посещения на дому, данные для направления уведомлений через «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», какие-либо иные документы) учреждение в материалы дела не представило.

При этом, как уже было указано выше, в отсутствие документов о принятии медицинской организацией мер для извещения пациентов о прохождении диспансерного наблюдения их неявка в медицинское учреждение в текущем году не может расцениваться как отказ от прохождения диспансерного наблюдения.

Таким образом, суды пришли к правомерному выводу о том, что основания для признания оспариваемого решения фонда недействительным отсутствуют.

Доводы заявителя, изложенные в кассационной жалобе, являлись предметом рассмотрения судов, им дана надлежащая правовая оценка, основания для ее непринятия у суда кассационной инстанции отсутствуют.

При той совокупности представленных в дело доказательств у судов отсутствовали основания для иных выводов, которые не опровергаются доводами, изложенными в кассационной жалобе, направленными на их переоценку, что не входит в полномочия суда кассационной инстанции в соответствии с положениями [статьи 286](#) Арбитражного процессуального

кодекса Российской Федерации. При этом иное толкование положений законодательства, регулирующего спорные правоотношения, а также иная оценка обстоятельств дела не свидетельствуют о незаконности принятых по делу законных судебных актов и сводятся к несогласию с этими выводами и обстоятельствами, установленными судами. Суд кассационной инстанции полагает, что все обстоятельства, имеющие существенное значение для рассмотрения данного конкретного дела, судами установлены, все доказательства исследованы и оценены в соответствии с требованиями [главы 7](#) Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Нормы материального права применены судами по отношению к установленным ими обстоятельствам правильно. Нарушений норм процессуального права, являющихся в силу [части 4 статьи 288](#) Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации основанием для отмены обжалуемых судебных актов, судом кассационной инстанции не установлено.

С учетом изложенного обжалуемые судебные акты подлежат оставлению без изменения, кассационная жалоба - без удовлетворения.

Руководствуясь статьями 286, 287, 289 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, суд

П О С Т А Н О В И Л:

решение Арбитражного суда Пермского края от 21.11.2025 по делу № А50-14861/2025 и постановление Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 11.03.2026 по тому же делу оставить без изменения, кассационную жалобу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Городская клиническая поликлиника г. Перми» – без удовлетворения.

Постановление может быть обжаловано в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации в срок, не превышающий двух месяцев со дня его принятия, в порядке, предусмотренном ст. 291.1 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Председательствующий

Д.В. Жаворонков

Судьи

Е.А. Кравцова

Н.Н. Суханова