

Обобщение практики рассмотрения споров по применению законодательства об обязательном социальном страховании

Во исполнение подпункта 4.1.4 Плана работы Арбитражного суда Волго-Вятского округа на первое полугодие 2019 года коллегией по рассмотрению споров, возникающих из административных правоотношений, обобщена практика разрешения споров по применению законодательства об обязательном социальном страховании.

Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании (статья 1 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»).

Видами обязательного социального страхования являются обязательное пенсионное страхование, обязательное медицинское страхование, обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Субъектами обязательного социального страхования являются страхователи (работодатели), страховщики, застрахованные лица, а также иные органы, организации и граждане, определяемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Средства обязательного социального страхования находятся в оперативном управлении страховщика конкретных видов обязательного социального страхования и формируются, в том числе, за счет страховых взносов, уплачиваемых на основании действовавшего до 01.01.2017 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Закон № 212-ФЗ), а с 01.01.2017 – Налогового кодекса Российской Федерации, а также в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Страховщиком по обязательному пенсионному страхованию в Российской Федерации является Пенсионный фонд Российской Федерации (далее – Пенсионный фонд).

Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд социального страхования) является страховщиком по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) в рамках реализа-

ции базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС), территориальные фонды (далее – ТФОМС) – в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения.

Особенности регулирования правоотношений в области конкретных видов обязательного социального страхования устанавливаются отдельными федеральными законами, в том числе:

- от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ);
- от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее – Закон № 255-ФЗ);
- от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Закон № 125-ФЗ);
- от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации».

В сфере обязательного страхования действуют также подзаконные нормативные акты Правительства Российской Федерации, Министерства финансов Российской Федерации, страховщиков по конкретным видам обязательного социального страхования.

В целях достижения единства судебной-арбитражной практики в данном обобщении проанализированы дела, рассмотренные в 2017, 2018 годах, и приведена правовая позиция Арбитражного суда Волго-Вятского округа по конкретным делам.

1. В случае прекращения производства по делу о несостоятельности (банкротстве) капитализированные платежи, перечисленные в Фонд социального страхования в период банкротства, являются излишне уплаченной суммой, подлежащей возврату.

Дела № А82-7412/2017, А29-3498/2017, А82-23543/2017, А82-14714/2016

После возбуждения дела о несостоятельности (банкротстве) Общество (должник) уплатило в Фонд социального страхования капитализированные платежи.

Впоследствии производство по делу о несостоятельности (банкротстве) прекращено.

Отказ Фонда социального страхования в удовлетворении заявления о возврате уплаченных капитализированных платежей послужил основанием для обращения Общества в арбитражный суд за защитой нарушенных прав.

Суды правомерно удовлетворили заявленное требование исходя из следующего.

В соответствии с подпунктом 3 пункта 1 статьи 20 Закона № 125-ФЗ средства на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний формируются, в том числе, за счет обязательных страховых взносов страхователей, а также капитализированных платежей, поступивших в случае ликвидации страхователей.

На основании пункта 2 статьи 1093 Гражданского кодекса Российской Федерации в случае ликвидации юридического лица, признанного в установленном порядке ответственным за вред, причиненный жизни или здоровью, соответствующие платежи должны быть капитализированы для выплаты их потерпевшему по правилам, установленным законом или иными правовыми актами.

В пункте 2 статьи 23 Закона № 125-ФЗ установлено, что при ликвидации страхователя – юридического лица он обязан внести страховщику капитализированные платежи в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Во исполнение указанной нормы Правительством Российской Федерации принято постановление от 17.11.2000 № 863 «Об утверждении Порядка внесения в Фонд социального страхования Российской Федерации капитализированных платежей при ликвидации юридических лиц - страхователей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

По смыслу статьи 61 Гражданского кодекса Российской Федерации банкротство является одним из способов ликвидации юридического лица.

В силу пункта 3 постановления Пленума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 30.11.2006 № 57 «О некоторых вопросах установления в деле о банкротстве требований о выплате капитализированных платежей» Фонд социального страхования Российской Федерации, предоставляющий обеспечение по обязательному социальному страхованию застрахованным и иным лицам, имеющим право на получение страховых выплат, вправе потребовать от должника-страхователя, признанного банкротом, капитализации платежей указанным лицам и выплаты фонду капитализированной суммы.

Как следует из пункта 1 статьи 57 Федерального закона от 26.10.2002 № 127-ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)» (далее – Закон о банкротстве), заключение мирового соглашения является основанием для прекращения производства по делу о банкротстве.

В соответствии с пунктом 2 статьи 57 Закона о банкротстве в случаях, предусмотренных пунктом 1 этой статьи, применяются последствия прекращения производства по делу о банкротстве, установленные статьей 56 данного Федерального закона, если иное не установлено этим Федеральным законом.

В силу статьи 56 Закона о банкротстве принятие арбитражным судом решения об отказе в признании должника банкротом является основанием для прекращения действия всех ограничений, предусмотренных настоящим Федеральным законом и являющихся последствиями принятия заявления о признании должника банкротом и (или) введения наблюдения.

Таким образом, обязанность по уплате капитализированных платежей в Фонд социального страхования возникает у страхователя только в случае ликвидации юридического лица с целью погашения указанным Фондом требований лиц, которые имеют право на получение страховых выплат по Закону № 125-ФЗ после ликвидации причинителя вреда.

После прекращения производства по делу о несостоятельности (банкротстве) Общество продолжает свою деятельность и является плательщиком страховых взносов от несчастных случаев на производстве на общих основаниях, за счет которых Фондом социального страхования удовлетворяются требования застрахованных лиц, следовательно, перечисленные в период банкротства капитализированные платежи являются излишне уплаченными и подлежат возврату.

2. При реорганизации юридического лица в форме присоединения организация-правопреемник определяет налоговую базу по страховым взносам в отношении каждого физического лица с начала расчетного периода нарастающим итогом (с учетом данных присоединяемой организации).

В ходе проверки Пенсионный фонд пришел к выводу о неправомерном включении Обществом в базу для исчисления страховых взносов выплат и вознаграждений работников реорганизованного юридического лица в форме присоединения к Обществу, что привело к неправильному определению предельной величины базы для начисления страховых взносов нарастающим итогом и, соответственно, к неверному определению тарифа страховых взносов.

Принятое по результатам проверки решение Общество обжаловало в арбитражном суде.

Суды правомерно удовлетворили заявленное требование в силу следующего.

Согласно части 1 статьи 7 Закона № 212-ФЗ объектом обложения страховыми взносами для плательщиков страховых взносов, указанных в подпунктах «а» и «б» пункта 1 части 1 статьи 5 данного Закона, признаются выплаты и иные вознаграждения, начисляемые плательщиками страховых взносов в пользу физических лиц в рамках трудовых отношений и гражданско-правовых договоров, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг, по договорам авторского заказа, в пользу авторов произведений по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства, в том числе вознаграждения, начисляемые организациями по управлению правами на коллективной основе в пользу авторов произведений по договорам, заключенным с пользователями (за исключением вознаграждений, выплачиваемых лицам, указанным в пункте 2 части 1 статьи 5 Закона). Объектом обложения страховыми взносами для плательщиков страховых взносов, указанных в подпункте «а» пункта 1 части 1 статьи 5 Закона № 212-ФЗ, признаются также выплаты и иные вознаграждения, начисляемые в пользу физических лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

База для начисления страховых взносов для плательщиков страховых взносов, указанных в подпунктах «а» и «б» пункта 1 части 1 статьи 5 Закона № 212-ФЗ, определяется как сумма выплат и иных вознаграждений, предусмотренных частью 1 статьи 7 данного Закона, начисленных плательщиками страховых взносов за расчетный период в пользу физических лиц, за исключением сумм, указанных в статье 9 Закона (пункт 1 статьи 8 Закона № 212-ФЗ).

В силу статьи 8 Закона № 212-ФЗ плательщики страховых взносов, указанные в пункте 1 части 1 статьи 5 данного Закона, определяют базу для начисления страховых взносов отдельно в отношении каждого физического лица с начала расчетного периода по истечении каждого календарного месяца нарастающим итогом (часть 3). Размер предельной величины базы для начисления страховых взносов определяется и устанавливается Правительством Российской Федерации (часть 5).

В соответствии с пунктом 1 постановления Правительства Российской Федерации от 30.11.2013 № 1101 «О предельной величине базы для начисления страховых взносов в государственные внебюджетные фонды с 1 января 2014 г.» для плательщиков страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, предусмотренных в пункте 1 части 1 статьи 5 Закона № 212-ФЗ, база для начисления страховых взносов с учетом ее индексации в соответствии с настоящим постановлением составляет в отношении каждого физического лица сумму, не превышающую 624 000 рублей нарастающим итогом.

Таким образом, для установления предельной величины базы для начисления страховых взносов определяющее значение имеет расчетный период плательщика страховых взносов.

В силу статьи 10 Закона № 212-ФЗ расчетным периодом по страховым взносам признается календарный год (часть 1). Если организация была ликвидирована или реорганизована до конца календарного года, последним расчетным периодом для нее является период с начала этого календарного года до дня завершения ликвидации или реорганизации (часть 4). Предусмотренные частями 3 – 5 названной статьи правила не применяются в отношении организаций, из состава которых выделяются либо к которым присоединяются одна или несколько организаций (часть 6).

Согласно пункту 2 статьи 58 Гражданского кодекса Российской Федерации при присоединении юридического лица к другому юридическому лицу к последнему переходят права и обязанности присоединенного юридического лица.

Изменение подведомственности (подчиненности) организации или ее реорганизация (слияние, присоединение, разделение, выделение, преобразование) либо изменение типа государственного или муниципального учреждения не может являться основанием для расторжения трудовых договоров с работниками организации или учреждения (часть 5 статьи 75 Трудового кодекса Российской Федерации).

В случае реорганизации плательщика страховых взносов – организации уплата страховых взносов, а также представление расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам осуществляются его правопреемником (правопреемниками) независимо от того, были ли известны до завершения реорганизации правопреемнику (правопреемникам) факты и (или) обстоятельства неисполнения или ненадлежащего исполнения реорганизованным юридическим лицом обязательств по уплате страховых взносов. При наличии нескольких правопреемников доля участия каждого из них в исполнении обязанностей реорганизованного юридического лица по уплате страховых взносов определяется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации. Если разделительный баланс не позволяет определить долю правопреемника реорганизованного юридического лица либо исключает возможность исполнения в полном объеме обязанностей по уплате страховых взносов каким-либо правопреемником и такая реорганизация была направлена на неисполнение обязанностей по уплате страховых взносов, по решению суда вновь образованные юридические лица могут солидарно исполнять обязанность по уплате страховых взносов реорганизованного лица (часть 16 статьи 15 Закона № 212-ФЗ).

На основании приведенных норм суды первой и апелляционной инстанций пришли к правильному выводу о том, что данные учета выплат в пользу физических лиц организации-правопреемника формируются путем объединения числовых показателей выплат в пользу физических лиц присоединяемой и присоединяющей организации. Следовательно, база по исчислению страховых взносов правопреемника, формируемая на основе указанных данных, также подлежит учету при определении базы правопреемника. В отношении работников присоединившегося юридического лица база для начисления страховых взносов не должна исчисляться заново со дня завершения реорганизации.

3. После 01.01.2017 расчет процентов на излишне взысканные страховые взносы следует производить на основании положений Налогового кодекса Российской Федерации.

Индивидуальный предприниматель в 2017 году обращался в Пенсионный фонд с заявлением о возврате излишне взысканных страховых взносов.

Указанные страховые взносы перечислены на расчетный счет индивидуального предпринимателя в 2017 году.

Посчитав свои права нарушенными, предприниматель обратился в арбитражный суд с заявлением о взыскании процентов, начисленных на сумму излишне взысканных страховых взносов.

Суды первой и апелляционной инстанций, удовлетворив заявленное требование, исходили из того, что размер процентов, начисленных на сумму страховых взносов и подлежащих уплате предпринимателю, должен исчисляться в порядке, установленном в статье 27 Закона № 212-ФЗ.

Суд округа отменил принятые судебные акты и направил дело на новое рассмотрение.

В соответствии со статьей 27 Закона № 212-ФЗ сумма излишне взысканных страховых взносов подлежит возврату плательщику страховых взносов в порядке, предусмотренном названной статьей (часть 1). В случае, если установлен факт излишнего взыскания страховых взносов, орган контроля за уплатой страховых взносов принимает решение о возврате суммы излишне взысканных страховых взносов, а также начисленных в порядке, предусмотренном частью 9 данной статьи, процентов на эту сумму (часть 7). Проценты на сумму излишне взысканных страховых взносов начисляются со дня, следующего за днем взыскания, по день фактического возврата. Процентная ставка принимается равной одной трехсотой действовавшей в эти дни ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации (часть 9). Правила, установленные статьей 27 Закона № 212-ФЗ, применяются также в отношении зачета или возврата сумм излишне взысканных пеней и штрафов, предусмотренных данным Законом (часть 14).

В статье 20 вступившего в силу с 01.01.2017 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование» (далее – Закон № 250-ФЗ) установлено, что контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, подлежащих уплате за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 01.01.2017, осуществляется соответствующими органами Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации в порядке, действовавшем до дня вступления в силу данного Закона.

Решение о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов, пеней и штрафов за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 01.01.2017, принимается соответствующими органами Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления (заявления, представленного в электронной форме с усиленной квалифицированной электронной подписью по телекоммуникационным каналам связи) страхователя о возврате излишне уплаченных (взысканных) сумм страховых взносов, пеней и штрафов. На следующий день после принятия решения о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов, пеней и штрафов орган Пенсионного фонда Российской Федерации, орган Фонда социального страхования Российской Федерации

направляют его в соответствующий налоговый орган (части 1 и 4 статьи 21 Закона № 250-ФЗ).

Суды не учли, что в связи с принятием Федеральным законом от 03.07.2016 № 243-ФЗ «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование», с 01.01.2017 Налоговый кодекс Российской Федерации дополнен разделом XI «Страховые взносы в Российской Федерации», в силу пункта 5 статьи 18 и статьи 24 Закона № 250-ФЗ, Закон № 212-ФЗ утратил силу с 01.01.2017, вследствие чего с указанной даты порядок расчета процентов, начисляемых на сумму излишне взысканных страховых взносов и подлежащих возврату плательщику по его заявлению, регулируется в пункте 5 статьи 79 Налогового кодекса Российской Федерации.

Таким образом, расчет процентов за период после 01.01.2017 следует производить на основании положений Налогового кодекса Российской Федерации.

4. При определении права на применение пониженных тарифов страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством по виду деятельности «строительство» не подлежит учету в составе доходов выручка от реализации квартир.

Дело № А82-5158/2017

Основанием для доначисления страховых взносов послужили выводы Фонда социального страхования о неправомерном применении страхователем пониженного тарифа страховых взносов, поскольку доля его дохода от вида деятельности «строительство», осуществление которого дает право на применение этого тарифа, составляет в общем объеме доходов менее 70 процентов.

Принятое по результатам проверки решение Общество обжаловало в арбитражном суде.

Суды первой и апелляционной инстанции правомерно отказали в удовлетворении заявленного требования, признав, что деятельность по продаже квартир не относится к строительной деятельности и, соответственно, доходы от продажи квартир не являются доходами от их строительства.

В силу подпункта «ц» пункта 8 части 1 статьи 58 Закона № 212-ФЗ в течение переходного периода (2011 – 2027 годы) применяются пониженные тарифы страховых взносов для организаций и индивидуальных предпринимателей, применяющих упрощенную систему налогообложения, основным видом экономической деятельности (классифицируемым в соответствии с Общероссийским классификатором видов экономической деятельности) которых является строительство.

В соответствии с частью 1.4 статьи 58 Закона № 212-ФЗ соответствующий вид экономической деятельности, предусмотренный пунктом 8 части 1 данной статьи, признается основным видом экономической деятельности при условии, что доля доходов от реализации продукции и (или) оказанных услуг по данному виду деятельности составляет не менее 70 процентов в общем объеме доходов. Сумма доходов определяется в соответствии со статьей 346.15 Налогового кодекса Российской Федерации.

Согласно Общероссийским классификаторам видов экономической деятельности ОК 029-2001 и ОК 029-2007 (далее – ОКВЭД), действовавшим в проверяемом периоде, раздел «Строительство» включает в себя общее строительство и специальную строитель-

ную деятельность в части зданий и сооружений. В него включены строительство новых объектов, реконструкция, капитальный ремонт, текущий ремонт и дополнительные работы, монтаж готовых зданий или сооружений на строительном участке, включая строительство временных сооружений.

Деятельность по продаже квартир не относится к строительству, а является самостоятельным видом деятельности, относящимся к коду ОКВЭД 70 «Операции с недвижимым имуществом», соответственно, доходы от данного вида деятельности не являются доходом от строительства.

5. Включение медицинской организации в число участников Территориальной программы ОМС не порождает для комиссии по разработке указанной программы безусловную обязанность по выделению ей объемов медицинской помощи.

Дело № А28-1056/2018

Общество включено в число участников Территориальной программы с отметкой об осуществлении деятельности в сфере ОМС как организация, оказывающая медицинскую помощь по базовой программе ОМС.

Решением комиссии по разработке Территориальной программы (далее – Комиссия) Обществу отказано в установлении объемов медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам, на соответствующий финансовый год со ссылкой на отсутствие потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, оказываемой Обществом.

Общество посчитало решение Комиссии незаконным и обжаловало его в арбитражном суде.

Суд первой инстанции счел требование обоснованным и удовлетворил его заявление, обязав Комиссию установить Обществу объемы медицинской помощи, предоставляемой в рамках ОМС, путем перераспределения объемов медицинской помощи между всеми участниками, включенными в Территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории области.

Апелляционный суд оставил решение суда в силе.

Отменив решение и постановление нижестоящих судов, суд кассационной инстанции пришел к следующим выводам.

В соответствии с пунктом 1 статьи 3 Закона № 326-ФЗ обязательное медицинское страхование (ОМС) – 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 ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС.

Согласно пункту 3 части 2 статьи 9 Закона № 326-ФЗ медицинские организации являются участниками обязательного медицинского страхования.

В силу пункта 1 статьи 15 Закона № 326-ФЗ для целей данного Закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы.

В пункте 2 статьи 15 Закона № 326-ФЗ предусмотрено, что медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети Интернет.

На основании пункта 1 части 1 статьи 20 Закона № 326-ФЗ медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

В соответствии с пунктом 10 статьи 36 Закона № 326-ФЗ объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила № 158н), приложением 1 к которым является Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Положение о комиссии).

В силу пункта 8 Положения о комиссии Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

В целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях Комиссия, в том числе рассматривает предложения о возможном участии медицинской организации в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в части заявленных объемов оказания медицин-

ской помощи с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций (подпункт 7 пункта 6 Положения о комиссии).

Учитывая приведенные нормы права, включение медицинской организации в число участников Территориальной программы носит заявительный характер и не порождает для Комиссии безусловную обязанность по выделению ей объемов медицинской помощи.

Кроме того, обязав Комиссию перераспределить объемы медицинской помощи между всеми участниками Территориальной программы, суд применил такую меру в отношении лиц, не заявляющих самостоятельных требований относительно предмета спора, в отсутствие требования о перераспределении между ними объемов медицинской помощи и при наличии их возражений по данному вопросу.

6. Не подлежат оплате за счет средств ОМС медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам медицинской организацией при отсутствии заключенного со страховой медицинской организацией договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и при отсутствии выделенных объемов медицинской помощи.

Дела № А82-13865/2017, А82-24073/2017

Медицинская организация обратилась в арбитражный суд с иском к страховой медицинской организации о взыскании задолженности за оказанные медицинские услуги.

Отказав в удовлетворении иска, суды сослались на оказание услуг в отсутствие договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и выделенных объемов медицинской помощи за счет средств ОМС, и правомерно исходили из следующего.

В части 7 статьи 14 Закона № 326-ФЗ определено, что страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере ОМС на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере ОМС, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями этих договоров (часть 8 статьи 14 Закона № 326-ФЗ).

На основании статьи 19 Закона № 326-ФЗ права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными статьями 38 и 39 настоящего Федерального закона.

В силу части 5 статьи 15 Закона № 326-ФЗ медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

Согласно пункту 1 части 1 статьи 20 Закона № 326-ФЗ 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 настоящим Федеральным законом.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (статья 37 Закона № 326-ФЗ).

В части 1 статьи 39 Закона № 326-ФЗ установлено, что 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 настоящим Федеральным законом порядке.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС (часть 2 статьи 39 Закона № 326-ФЗ).

В соответствии с пунктом 111 Правил № 158н, взаимодействие территориального фонда со страховыми медицинскими организациями и страховых медицинских организаций с медицинскими организациями осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования.

На основании пункта 122 названных Правил № 158н страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, а также средства для выплаты вознаграждения медицинской организации за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Таким образом, отношения между страховой медицинской организацией и медицинской организацией возникают из обязательного к заключению договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (часть 5 статьи 15, пункт 1 части 1 статьи 20, часть 1 статьи 39 Закона № 326-ФЗ). При этом обязательным условием для заключения такого договора является выделение медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС, на соответствующий период.

Учитывая отсутствие заключенного договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в спорном периоде, отсутствие доказательств уклонения ответчика от заключения такого договора, отсутствие выделенных медицинской организации объемов медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС, а также обжалования истцом в судебном порядке решения об отказе в выделении таких средств, основания для взыскания со страховой медицинской организации стоимости оказанных медицинских услуг отсутствуют.

7. Не подлежит оспариванию в арбитражном суде акт реэкспертизы, составленный по результатам медико-экономической экспертизы, носящий информационный характер и не отвечающий признакам ненормативного правового акта.

По результатам проведенной страховой медицинской организацией плановой медико-экономической экспертизы учреждения здравоохранения составлен акт о допущенных нарушениях, в котором уменьшен размер финансирования на оплату медицинской помощи.

Учреждение здравоохранения не согласилось с актом и обратилось в ТФОМС с претензией, после рассмотрения которой была назначена и проведена реэкспертиза по результатам медико-экономической экспертизы, составлен акт реэкспертизы. Не согласившись с данным актом, учреждение здравоохранения обратилось с заявлением в арбитражный суд.

Суды первой и апелляционной инстанции сделали вывод о незаконности оспариваемого акта и удовлетворили заявленное требование.

Суд кассационной инстанции отменил принятые по делу судебные акты и прекратил производство по делу в силу следующего.

В соответствии с частями 1, 3, 4, 5 статьи 42 Закона № 326-ФЗ медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Повторные медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.

При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Согласно пункту 2 части 1 статьи 29 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации арбитражные суды рассматривают в порядке административного судопроизводства возникающие из административных и иных публичных правоотношений экономические споры и иные дела, связанные с осуществлением организациями и гражданами предпринимательской и иной экономической деятельности, в том числе дела об оспаривании ненормативных правовых актов органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, решений и действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, иных органов и должностных лиц, затрагивающих права и законные интересы заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности.

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) органов, осуществляющих публичные полномочия, 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 ка-

кие-либо обязанности, создают иные препятствия для осуществления предпринимательской и иной экономической деятельности.

При этом под ненормативным правовым актом государственного органа понимается документально оформленное одностороннее властно-распорядительное волеизъявление полномочного субъекта исполнительной власти (органа, должностного лица), содержащее обязательные предписания или распоряжения по конкретному вопросу, обращенное к конкретному лицу или группе лиц и направленное на установление, изменение или прекращение правоотношений, нарушающее гражданские права и охраняемые законом интересы и влекущее неблагоприятные юридические последствия.

Между тем оспариваемый акт реэкспертизы является промежуточным документом, носит информационный характер о результатах реэкспертизы и не отвечает перечисленным признакам ненормативного правового акта, а значит, не может быть оспорен в порядке, предусмотренном Арбитражным процессуальным кодексом Российской Федерации.

8. При наличии нескольких оснований для взыскания с медицинской организации штрафа по одному случаю оказания медицинской помощи правило о поглощении более строгой мерой наказания менее строгих мер не применяется.

Дело № А31-12224/2016

По результатам проведенной реэкспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинской организацией пациенту, ТФОМС пришел к выводу о том, что страховая медицинская организация по результатам экспертизы качества медицинской помощи не привлекла медицинскую организацию в ответственности в виде штрафных санкций по нескольким кодам нарушений и обратился в арбитражный суд с заявлением о взыскании этих штрафов.

Отказав в удовлетворении требования ТФОМС в части привлечения страховой медицинской организации к ответственности в виде взыскания штрафа за неприменение к медицинской организации штрафов по нескольким кодам нарушений, суды признали обоснованным назначение страховой медицинской организацией медицинскому учреждению наказания путем поглощения штрафов в меньшей сумме штрафом в большей сумме.

Отменив решение и постановление нижестоящих судов, суд кассационной инстанции пришел к следующим выводам.

В соответствии с частью 1 статьи 38 Закона № 326-ФЗ по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

В части 13 статьи 38 Закона № 326-ФЗ предусмотрено, что за невыполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду штраф в размере 10 процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения.

Согласно части 14 статьи 38 Закона № 326-ФЗ в случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств устанавливается правилами обязательного медицинского страхования. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н утверждены форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и перечень санкций за нарушение договорных обязательств по настоящему договору (далее – Перечень).

Так, в соответствии с пунктом 11.6 Перечня за неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований их применения предусмотрен штраф в размере 10 процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения.

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 утвержден «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок № 230).

В силу пункта 66 Порядка № 230 результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются: неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи (в виде исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи; уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю; возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию) и уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В соответствии с пунктом 67 Порядка № 230 неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с подпунктом б) пункта 66 настоящего раздела в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно с учетом результатов рассмотрения протокола разногласия (при наличии) по пункту 58 и по пункту 74 (при наличии) настоящего Порядка.

Согласно пункту 70 Порядка № 230 при наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно – наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

Из положений пунктов 66, 67 и 70 Порядка № 230 следует, что по результатам контроля применяются два вида санкций – штраф и неполная оплата (отказ в оплате) медицинских услуг. При этом запрет на суммирование установлен только в отношении

неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю. Запрет на суммирование штрафов в пункте 70 Порядка № 230 не предусмотрен.

Таким образом, ТФОМС пришел к правильному выводу о правомерном привлечении страховой медицинской организации к ответственности в связи с неприменением к медицинской организации мер ответственности в виде штрафных санкций по нескольким кодам нарушений.

9. Нецелевым использованием средств ОМС является уплата медицинским учреждением налога на имущество, исчисленного в отношении квартир, находящихся у этого учреждения в оперативном управлении и предоставленных врачам по договору найма служебного жилого помещения.

Дело № А31-6577/2016

По результатам проверки ТФОМС установил нецелевое использование средств обязательного медицинского страхования, представляющее собой уплату налога на имущество, исчисленного в отношении двух квартир, находящихся у медицинского учреждения в оперативном управлении и предоставленных врачам по договору найма служебного жилого помещения.

Результаты проверки медицинское учреждение обжаловало в арбитражном суде.

Суды первой и апелляционной инстанций при рассмотрении спора исходили из того, что уплата налога на имущество относится к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации и включается в расчет тарифа на обязательное медицинское страхование.

Суд кассационной инстанции отменил принятые по делу судебные акты и отказал в удовлетворении заявленного требования.

В соответствии с пунктом 1 статьи 147 Бюджетного кодекса Российской Федерации 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.

На основании части 1 статьи 19 Закона № 326-ФЗ средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования.

Согласно частям 1 и 2 статьи 30 Закона № 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой их расчета, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

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 (часть 9 статьи 39 Закона № 326-ФЗ).

В пункте 158 Правил № 158н установлено, что в расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской

помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе ее оказания.

При этом суд округа указал, что пунктом 158.3 Правил № 158н в составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются группы затрат, в том числе затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленных за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенных медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Субъект Российской Федерации в рамках своих полномочий по утверждению территориальной программы также не включил расходы подобного рода в состав тарифа.

Учитывая изложенное, суд округа пришел к выводу о том, что спорные расходы на уплату налога на имущество не относятся к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации, и не подлежат оплате за счет средств ОМС.

10. Действующее законодательство не предусматривает возможность признания незаконными результатов контроля качества медицинской помощи по формальным основаниям при наличии подтвержденного нарушения со стороны лечебного учреждения и отсутствии доказательств нарушения его прав со стороны ТФОМС.

Дело № А43-5308/2017

По результатам проведенной страховой медицинской организацией плановой экспертизы качества медицинской помощи выявлено нарушение, выразившееся в неправильном выборе медицинским учреждением поправочных коэффициентов, что повлекло увеличение размера финансирования на оплату медицинской помощи, и составлен акт.

Обращение медицинского учреждения в ТФОМС с претензией на указанный акт явилось основанием для проведения реэкспертизы качества медицинской помощи, итоги которой отражены в акте, в котором подтверждены выводы, содержащиеся в акте страховой медицинской организации.

На основании акта реэкспертизы ТФОМС вынес решение, в котором подтвердил выявленные нарушения.

Учреждение обжаловало решение ТФОМС в арбитражном суде.

Суды первой и апелляционной инстанции удовлетворили заявленное требование и исходили из того, что на этапе проведения экспертизы качества медицинской помощи не предусмотрена возможность проверки правильности применения тарифов на оплату оказанной медицинской помощи, поэтому оспариваемое решение ТФОМС не соответствует действующему законодательству и нарушает права и законные интересы медицинского учреждения. Кроме того, суды указали, что медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи являются последовательными этапами контроля предоставления медицинской помощи.

Суд кассационной инстанции принятые по делу судебные акты отменил и отказал в удовлетворении заявленного требования.

Согласно пункту 10 части 2 статьи 38, части 2 статьи 40 Закона № 326-ФЗ страховая медицинская организация обязана осуществлять контроль объемов, сроков, качества

и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля.

В соответствии с частью 1 статьи 40 Закона № 326-ФЗ контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом.

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утвержден приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230.

Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи (часть 3 статьи 40 Закона № 326-ФЗ).

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (части 4, 5 статьи 40 Закона № 326-ФЗ).

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (часть 6 статьи 40 Закона № 326-ФЗ).

Из приведенных норм следует, что действующим законодательством установлено несколько видов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а именно: медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, в связи с чем вывод судов первой и апелляционной инстанций об установлении последовательных этапов контроля не соответствует действующему законодательству.

Удовлетворив заявленное требование, суды сделали вывод о том, что проверка правильности применения тарифов является предметом проверки только на этапе медико-экономического контроля и не допустима в ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Вместе с тем выбор тарифа и коэффициентов при формировании реестра на оплату оказанной медицинской помощи осуществляется медицинской организацией на основании первичной медицинской документации, проверка которой при осуществлении медико-экономического контроля не предусмотрена.

Медицинское учреждение не оспорило наличие выявленного нарушения, а также сумму санкции, а ограничилось требованием о признании решения ТФОМС незаконным по формальным основаниям, что действующим законодательством не предусмотрено.