

ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА, РЕШЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУДЕБНЫХ КОЛЛЕГИЙ ВЕРХОВНОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ

При рассмотрении споров о взыскании задолженности по оплате обучения по договору об оказании платных образовательных услуг суду необходимо выяснять, осуществлялся ли образовательной организацией непосредственный процесс обучения студента по освоению образовательной программы и выполнению учебного плана и каков объем фактически понесенных образовательной организацией затрат, связанных с процессом его обучения

*Определение Судебной коллегии
по гражданским делам Верховного Суда РФ
от 19 августа 2024 г. № 46-КГ24-8-К6*

(Извлечение)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования (далее — образовательное учреждение) обратилось в суд с иском к Ж. о взыскании задолженности по оплате за обучение в размере 109 329,03 руб. за период обучения с 1 сентября 2020 г. по 17 января 2022 г.

В обоснование заявленных требований образовательное учреждение указало, что 28 августа 2020 г. между образовательным учреждением и Ж. (родитель, заказчик) был заключен договор об оказании платных образовательных услуг на обучение (далее также — договор на обучение) по образовательной программе высшего образования М. (обучаемый). По условиям названного договора образовательное учреждение (исполнитель) приняло на себя обязательства по зачислению на обучение обучающегося М., оказанию ему образовательной услуги, созданию необходимых условий для обучения и

выдаче документа об образовании, а Ж. обязалась своевременно вносить плату за образовательные услуги.

Приказом образовательного учреждения от 31 августа 2020 г. М. зачислен на обучение на 1 курс.

Приказом образовательного учреждения от 17 января 2022 г. студент 2 курса М. отчислен из образовательного учреждения с 17 января 2022 г. в связи с невыполнением обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и неисполнением условия заключенного договора об оказании платных образовательных услуг в части сроков оплаты образовательных услуг обучающегося М.

Решением суда первой инстанции исковые требования образовательного учреждения удовлетворены. При этом суд первой инстанции сослался в том числе на ст.ст. 309, 310 ГК РФ, положения главы 39 “Возмездное оказание услуг” ГК РФ, нормы Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ “Об образовании в Российской Федерации” (далее также — Федеральный закон об образовании) и исходил из того, что услуги образовательного учреждения по обучению по программе соответствующего уровня считаются оказанными М. и, как следствие, должны быть оплачены ответчиком Ж. согласно условиям договора на обучение.

Суд апелляционной инстанции согласился с выводами суда первой инстанции, отклонив доводы апелляционной жалобы ответчика Ж. о необоснованности взыскания затрат на обучение ввиду того, что М. фактически не пользовался образовательными услугами.

Кассационный суд общей юрисдикции решение суда первой инстанции и апелляционное определение оставил без изменения.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ 19 августа 2024 г. признала выводы судов первой, апелляционной и кассационной инстанций основанными на неправильном применении норм материального права, регулирующих спорные отношения, и сделанными с нарушением норм процессуального права ввиду следующего.

Положениями ч. 1 ст. 22 и п. 4 ч. 2 ст. 23 Федерального закона об образовании определено, что образовательная организация создается в форме, установленной гражданским законодательством для некоммерческих организаций. Образовательная организация высшего образования — это образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования и научную деятельность.

Пунктом 1 ч. 6 ст. 28 Федерального закона об образовании на образовательную организацию возложена обязанность обеспечивать реализацию в полном объеме образовательных программ, соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, соответствие применяемых форм, средств, методов обучения и воспитания возрастным, психофизическим особенностям, склонностям, способностям, интересам и потребностям обучающихся.

Частью 1 ст. 53 Федерального закона об образовании предусмотрено, что основанием возникновения образовательных отношений является распорядительный акт организации, осуществляющей образовательную деятельность, о приеме лица на обучение в эту организацию или для прохождения промежуточной аттестации и (или) государственной итоговой аттестации, а в случае осуществления образовательной деятельности индивидуальным предпринимателем — договор об образовании.

Частью 3 ст. 54 Федерального закона об образовании установлено, что в договоре об образовании, заключаемом при приеме на обучение за счет средств физического и (или) юридического лица (далее — договор об оказании платных образовательных услуг), указываются полная стоимость платных образовательных услуг и порядок их оплаты.

Наряду с установленными ст. 61 данного Федерального закона основаниями прекращения образовательных отношений по инициативе организации, осуществляющей образовательную деятельность, договор об оказании платных образовательных услуг может быть расторгнут в одностороннем порядке этой организацией в случае просрочки оплаты стоимости платных образовательных услуг, а также в случае, если надлежащее исполнение обязательства по оказанию платных образовательных услуг стало невозможным вследствие действий (бездействия) обучающегося (ч. 7 ст. 54 Федерального закона об образовании).

Согласно чч. 1—3 ст. 58 Федерального закона об образовании освоение образовательной

программы сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, неудовлетворительные результаты или непрохождение которой при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью. Обучающиеся обязаны ликвидировать академическую задолженность.

Частью 5 ст. 58 Федерального закона об образовании предусмотрено, что обучающиеся, имеющие академическую задолженность, вправе пройти промежуточную аттестацию по соответствующим учебному предмету, курсу, дисциплине (модулю) не более двух раз в сроки, определяемые организацией, осуществляющей образовательную деятельность, в пределах одного года с момента образования академической задолженности.

Обучающиеся, не прошедшие промежуточной аттестации по уважительным причинам или имеющие академическую задолженность, переводятся в следующий класс или на следующий курс условно (ч. 8 ст. 58 Федерального закона об образовании).

Обучающиеся по основным профессиональным образовательным программам, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности, отчисляются из этой организации как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана (ч. 11 ст. 58 Федерального закона об образовании).

Образовательные отношения могут быть прекращены досрочно по инициативе организации, осуществляющей образовательную деятельность, в случае применения к обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, отчисления как меры дисциплинарного взыскания, в случае невыполнения обучающимся по профессиональной образовательной программе обязанностей по добросовестному освоению такой образовательной программы и выполнению учебного плана, а также в случае установления нарушения порядка приема в образовательную организацию, повлекшего по вине обучающегося его незаконное зачисление в образовательную организацию (п. 2 ч. 2 ст. 61 Федерального закона об образовании).

Досрочное прекращение образовательных отношений по инициативе обучающегося или родителей (законных представителей) несовершеннолетнего обучающегося не влечет за собой возникновение каких-либо дополнительных, в том числе материальных, обязательств указанного обучающегося перед организацией, осуществляющей образовательную деятельность, если иное не предусмотрено федеральными законами (ч. 3 ст. 61 Федерального закона об образовании).

В соответствии с подлежащими применению к спорным отношениям п. 6 Правил оказания платных образовательных услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 15 августа 2013 г. № 706 (действовали до 1 января 2021 г.), и п. 7 Правил оказания платных образовательных услуг, утвержденных постанов-

лением Правительства РФ от 15 сентября 2020 г. № 1441 (вступили в силу с 1 января 2021 г.), исполнитель обязан обеспечить заказчику оказание платных образовательных услуг в полном объеме в соответствии с образовательными программами (частью образовательной программы) и условиями договора.

Из приведенных нормативных положений следует, что на образовательную организацию, создаваемую в форме, установленной гражданским законодательством, в том числе учреждения, возложена обязанность обеспечивать реализацию в полном объеме образовательных программ, соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, обеспечивать обучающемуся в полном объеме оказание платных образовательных услуг. Основанием для возникновения образовательных отношений является распорядительный акт организации, осуществляющей образовательную деятельность, о приеме лица на обучение в эту организацию в соответствии с договором об образовании, заключенным между организацией, осуществляющей образовательную деятельность, и лицом, зачисляемым на обучение (родителями (законными представителями) несовершеннолетнего лица), или с лицом, зачисляемым на обучение, и с физическим или юридическим лицом, обязующимся оплатить обучение лица, зачисляемого на обучение. Договором об образовании, заключаемым при приеме на обучение за счет средств физического лица (договор об оказании платных образовательных услуг), устанавливается полная стоимость платных образовательных услуг и порядок их оплаты.

Образовательные отношения могут быть прекращены досрочно по инициативе организации, осуществляющей образовательную деятельность, в случае применения к обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, отчисления как меры дисциплинарного взыскания, в случае невыполнения обучающимся по профессиональной образовательной программе обязанностей по добросовестному освоению такой образовательной программы и выполнению учебного плана. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, непрохождение которой при отсутствии уважительных причин признается академической задолженностью. Обучающиеся по основным профессиональным образовательным программам, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности, а также в случае просрочки оплаты стоимости платных образовательных услуг, предоставляемых на основании соответствующего договора, заключенного организацией, осуществляющей образовательную деятельность, отчисляются из этой организации как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного

плана и (или) не исполнившие обязательства по своевременному внесению оплаты стоимости платных образовательных услуг соответственно.

Следовательно, предметом договора об образовании, заключаемого при приеме на обучение за счет средств физического и (или) юридического лица (договор об оказании платных образовательных услуг), является осуществление образовательной организацией деятельности, направленной на предоставление обучающемуся на возмездной основе образовательных услуг с целью приобретения им необходимого образовательного уровня (совокупности приобретаемых знаний).

М. (обучающийся) был принят образовательным учреждением (исполнитель) на обучение за счет личных средств Ж. (заказчик) на основании договора об образовании на обучение по образовательной программе высшего образования, заключенного 28 августа 2020 г. между образовательным учреждением и Ж., т.е. на основании договора об оказании платных образовательных услуг.

Согласно положениям п. 2 ст. 779 ГК РФ правила главы 39 данного Кодекса (“Возмездное оказание услуг”) применяются в числе других названных данной нормой договоров и к договору оказания услуг по обучению.

Пунктом 1 ст. 781 ГК РФ установлено, что заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, которые указаны в договоре возмездного оказания услуг.

Заказчик вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов (п. 1 ст. 782 ГК РФ).

Судами первой и апелляционной инстанций при рассмотрении исковых требований образовательного учреждения к Ж. о взыскании задолженности по договору на обучение приведенные положения Федерального закона об образовании об основаниях возникновения, изменения и прекращения образовательных отношений в их взаимосвязи с нормами Гражданского кодекса РФ о договоре возмездного оказания услуг к спорным отношениям применены неправильно, вследствие чего обстоятельства, имеющие значение для рассмотрения дела, судебными инстанциями не определены и не установлены.

Между тем по данному делу юридически значимыми, подлежащими определению и установлению с учетом исковых требований истца и возражений ответчика Ж. относительно исковых требований о взыскании задолженности за обучение применительно к подлежащим применению нормам материального права являлись обстоятельства, свидетельствующие о фактическом исполнении образовательной организацией обязательств, обусловленных заключенным с заказчиком Ж. договором на обучение, по предоставлению образовательной услуги, направленной на обучение по образовательной программе высшего образования обу-

чающегося М., а именно: осуществлялся ли образовательным учреждением непосредственный процесс обучения М. по освоению им образовательной программы и выполнению учебного плана с целью овладения обучающимся знаниями, умениями, навыками и компетенцией в период действия договора на обучение; какой объем образовательных услуг был оказан образовательным учреждением обучающемуся М. в указанный период и, соответственно, каков объем фактически понесенных образовательным учреждением затрат, связанных с процессом обучения М.

Суды первой и апелляционной инстанций при рассмотрении исковых требований образовательного учреждения в результате неправильного применения норм материального права и существенного нарушения норм процессуального права не установили названные юридически значимые обстоятельства и то, какой стороне надлежит их доказывать, не оценили имеющиеся по делу доказательства, как это предписывает процессуальный закон (ст.ст. 56, 67, 196 ГПК РФ).

Суды первой и апелляционной инстанций в обоснование своих выводов о необходимости возмещения Ж. образовательному учреждению затрат на обучение М. (задолженности по договору на обучение от 28 августа 2020 г.) исходили лишь из факта отсутствия со стороны Ж. заявления о намерении досрочно расторгнуть договорные отношения, что, по мнению судебных инстанций, являлось выражением ее воли к принятию образовательных услуг, обусловленных договором на обучение. Однако судебными инстанциями не были выяснены обстоятельства, при которых в соответствии с законом на Ж. (заказчика образовательной услуги) может быть возложена обязанность по возмещению образовательному учреждению (исполнителю) затрат в рамках заключенного между ними договора на обучение, а также не учтено, что в случае отказа обучающегося от получения образовательной услуги предстоящие и (или) запланированные расходы образовательного учреждения в связи с осуществлением образовательного процесса, обусловленного исполнением обязательств по договору об образовании, не являются фактическими и реально понесенными исполнителем.

Из материалов дела следует, что Ж. в процессе рассмотрения дела в судах первой и апелляционной инстанций, возражая против удовлетворения заявленных образовательным учреждением исковых требований о возложении на нее обязанности по возмещению образовательному учреждению затрат в рамках договора на обучение М., последовательно указывала, что в период действия договора на обучение М. учебные занятия, определенные учебным планом, не посещала. Основанием для отчисления М. из образовательного учреждения со 2 курса обучения послужило наличие у него академической задолженности за 1 курс обучения, при этом истец достоверно располагал сведениями о том,

что М. не приступал к обучению во 2 семестре 1 курса (с 1 февраля 2021 г. и до дня отчисления из образовательного учреждения — 17 января 2022 г.), не выполнял программы обучения с целью получения знаний, не осуществлял сдачу выполненных работ, зачетов, экзаменов в рамках промежуточной и итоговой аттестации, образовавшуюся академическую задолженность не ликвидировал, оплата по договору на обучение заказчиком Ж. также не вносилась.

Таким образом, Ж. неоднократно обращала внимание судебных инстанций на то обстоятельство, что она как заказчик платных образовательных услуг в нарушение условий договора на обучение не была надлежащим образом проинформирована образовательным учреждением о невозможности исполнения данным учреждением обязательства по предоставлению образовательных услуг ввиду отсутствия у обучающегося М. намерения проходить программу обучения и о ее праве в связи со сложившейся ситуацией отказаться от исполнения договора. При этом образовательным учреждением продолжала начисляться оплата по договору на обучение без предоставления М. каких-либо образовательных услуг по программе образования в рамках названного договора, что привело к увеличению задолженности по этому договору в отсутствие несения образовательным учреждением каких-либо фактических затрат, связанных с обучением М.

Кассационный суд общей юрисдикции допущенные судами первой и апелляционной инстанций нарушения не выявил и не устранил.

С учетом изложенного Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ отменила судебные постановления судов первой, апелляционной и кассационной инстанций и направила дело на новое рассмотрение в суд первой инстанции.

ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ СПОРАМ

1. Добыча песка в целях создания лесной инфраструктуры арендатором лесного участка, предоставленного для заготовки древесины, является предпринимательской деятельностью и требует оформления специальной лицензии на право пользования недрами

*Определение Судебной коллегии
по экономическим спорам Верховного Суда РФ
от 18 июля 2024 г. № 301-ЭС23-26283*

(Извлечение)

Между арендодателем и арендатором заключен договор аренды лесного участка для использования в целях заготовки древесины.

Арендатор обратился в уполномоченный орган с заявлением о выдаче разрешения на использование для собственных нужд общераспространенного полезного ископаемого (песка) на территории арендованного лесного участка, однако получил отказ, мотивированный

тем, что арендатору предоставлен в аренду лесной участок для заготовки древесины, т.е. для определенного целевого назначения, не связанного с использованием полезных ископаемых.

Не согласившись с решением уполномоченного органа, арендатор обратился в арбитражный суд с заявлением о признании его незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения постановлением суда апелляционной инстанции и суда округа, заявленные требования удовлетворены.

Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда РФ, рассматривая 18 июля 2024 г. кассационную жалобу уполномоченного органа, указала на следующее.

Законом РФ от 21 февраля 1992 г. № 2395-1 “О недрах” (далее — Закон о недрах) установлен разрешительный порядок пользования недрами: предоставление участка недр в пользование (в виде горного отвода — геометризованного блока недр) оформляется специальным государственным разрешением в виде лицензии на пользование участком недр (ст.ст. 7 и 11).

При этом установленное ст. 19 Закона о недрах изъятие из общего порядка предоставления недр в пользование допускает право собственников земельных участков, землевладельцев, арендаторов земельных участков осуществлять без лицензии в границах данных земельных участков без применения взрывных работ использование общераспространенных полезных ископаемых, имеющих в границах земельного участка и не числящихся на государственном балансе, подземных вод, исключительно для собственных нужд, т.е. для личных, бытовых и иных не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

Между тем в силу чч. 1 и 9 ст. 29 Лесного кодекса РФ (далее также — ЛК РФ) заготовка древесины представляет собой предпринимательскую деятельность, связанную с рубкой лесных насаждений, а также с вывозом из леса древесины. Граждане, юридические лица осуществляют заготовку древесины на основании договоров аренды лесных участков, если иное не установлено Лесным кодексом РФ.

Граждане, юридические лица на лесных участках, предоставленных им в целях заготовки древесины, вправе создавать объекты лесной инфраструктуры, в том числе лесные дороги, предназначенные для осуществления деятельности по заготовке древесины (ч. 8 ст. 29 ЛК РФ).

Согласно ч. 2 ст. 13 ЛК РФ и п. 2 Порядка проектирования, создания, содержания и эксплуатации объектов лесной инфраструктуры, утвержденного приказом Минприроды России от 5 августа 2020 г. № 565 (далее — Порядок № 565), объекты лесной инфраструктуры должны содержаться в состоянии, обеспечивающем их эксплуатацию по назначению при условии сохранения полезных функций лесов.

Лица, использующие леса, проектируют объекты лесной инфраструктуры на основании

планов их создания, которые содержатся в проекте освоения лесов, разработанном в соответствии с лесохозяйственным регламентом лесничества. Контроль за сохранностью и поддержанием в технически исправном состоянии объектов лесной инфраструктуры, расположенных в границах переданных в пользование лесных участков, относится к компетенции лиц, использующих леса (пп. 7 и 19 Порядка № 565).

Из системного толкования приведенных норм права следует, что строительство новых лесных дорог, равно как и поддержание в надлежащем состоянии существующих лесных дорог, предназначенных в том числе для вывозки заготовленной древесины с мест заготовок, проезда к арендуемому лесному участку, перевозки лесозаготовительной техники и технических грузов, а также для выполнения возложенной на арендатора Лесным кодексом РФ и договором аренды обязанности по проведению мероприятий по сохранению лесных участков от пожаров, по воспроизводству лесов, является хозяйственной деятельностью арендатора, которому лесной участок предоставлен для осуществления предпринимательской деятельности, затраты по этим мероприятиям учитываются в себестоимости продукции (работ, услуг).

Выполнение арендатором указанных обязательств, для чего могут потребоваться общераспространенные полезные ископаемые (песок, щебень), не может рассматриваться в качестве личных или бытовых потребностей арендатора лесного участка.

Ни Лесным кодексом РФ, ни условиями заключенного с арендатором договора аренды не предусмотрено право арендатора использовать общераспространенные полезные ископаемые (в данном случае — песок), имеющиеся в границах лесного участка, для строительства новых дорог, поддержания имеющихся дорог, создания иной инфраструктуры (площадок для складирования). Установленная договором арендная плата не включает плату за использование государственных запасов полезных ископаемых.

Кроме того, добыча полезных ископаемых в границах лесных участков без установленных Законом о недрах правил, контроля и учета, особенностей рекультивации недопустима с учетом особого значения лесного фонда (ст. 1 ЛК РФ).

Таким образом, извлечение арендатором лесного участка, предоставленного для предпринимательской деятельности — заготовки древесины, общераспространенного полезного ископаемого — песка в объеме, достаточном для создания лесных дорог на этом участке, не является удовлетворением “бытовых нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности” в понимании положений ст. 19 Закона о недрах, а представляет собой добычу общераспространенных полезных ископаемых и требует оформления специального государственного разрешения в виде лицензии на право пользования недрами.

С учетом изложенного Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда РФ отменила принятые судебные акты и отказала арендатору в удовлетворении его требований.

2. Стоимость незавершенных капитальных вложений может быть учтена в целях налога на прибыль организаций в составе внереализационных расходов при ликвидации объектов незавершенного строительства

Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 28 августа 2024 г. № 305-ЭС24-1023

(Извлечение)

Налоговым органом проведена проверка представленной обществом уточненной налоговой декларации по налогу на прибыль организаций за отчетный период по деятельности консолидированной группы налогоплательщиков (далее — участники группы).

По результатам проверки налоговым органом принято решение, которым обществу доначислена сумма недоимки по налогу на прибыль организаций.

Основанием для доначисления недоимки стал вывод налогового органа о том, что участники группы в проверяемом периоде неправомерно отразили в составе внереализационных расходов стоимость незавершенных капитальных вложений при ликвидации объектов незавершенного строительства. К внереализационным расходам участниками группы отнесены затраты, в том числе, на реконструкцию морского грузопассажирского постоянного многостороннего пункта пропуска, выкопировку земельного участка, разработку рабочей и проектной документации, производство инженерно-геодезических работ, строительно-монтажные работы, стоимость оборудования. С точки зрения налогового органа, указанные затраты относятся к расходам по формированию первоначальной стоимости объектов незавершенного строительства и не связаны с фактической ликвидацией имущества (демонтаж, разборка, вывоз разобранного имущества и другие аналогичные работы).

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения постановлением суда апелляционной инстанции и суда округа, в удовлетворении заявленного требования отказано.

Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда РФ, рассматривая 28 августа 2024 г. кассационную жалобу общества, обратила внимание на следующее.

Как следует из п. 1 ст. 252 НК РФ, в качестве общего правила налогоплательщик налога на прибыль организаций уменьшает полученные доходы на сумму произведенных расходов (за исключением расходов, указанных в ст. 270 НК РФ). Расходами признаются обоснованные и документально подтвержденные затраты (а в случаях, предусмотренных ст. 265 НК РФ, — убытки), осуществленные (понесенные) налогопла-

тельщиком. Под обоснованными расходами понимаются экономически оправданные затраты, оценка которых выражена в денежной форме.

Критерий экономической обоснованности расходов не предусматривает оценку понесенных налогоплательщиком затрат с точки зрения целесообразности, рациональности и эффективности их осуществления. В то же время экономическая оправданность затрат предполагает, что они понесены налогоплательщиком в его собственных интересах.

При этом глава 25 НК РФ не содержит закрытого перечня конкретных затрат налогоплательщика, которые могут быть учтены им при определении налоговой базы по налогу на прибыль, установив в качестве одного из условий признания расходов их производственное назначение для осуществления деятельности, направленной на получение дохода. Положения ст. 252 НК РФ требуют лишь установления объективной связи понесенных налогоплательщиком расходов с направленностью его деятельности на получение прибыли.

Пункт 5 ст. 270 НК РФ в порядке общего правила устанавливает, что при определении налоговой базы не учитываются расходы по приобретению и (или) созданию амортизируемого имущества. Однако данный запрет, по существу, корреспондирует с подп. 3 п. 2 ст. 253 НК РФ: суммы начисленной амортизации являются видом расходов, связанных с производством и (или) реализацией.

Соответственно, если налогоплательщик осуществляет расходы на создание амортизируемого имущества и в момент их осуществления они отвечают критериям, определенным в п. 1 ст. 252 НК РФ, то запрет, установленный в п. 5 ст. 270 НК РФ, сам по себе не препятствует учету данных расходов исходя из разумного предположения о том, что налогоплательщик в итоге создаст основное средство и будет постепенно погашать его стоимость через амортизацию. Если же налогоплательщик, действуя разумно, по объективным причинам, в связи с появлением соответствующих обстоятельств отказывается от дальнейшего создания основного средства и несения взаимосвязанных расходов, то ранее осуществленные расходы, по общему правилу, не утрачивают в этот момент свойств производственного назначения, для осуществления деятельности, направленной на получение дохода, и могут быть учтены применительно к правилам пп. 1 и 2 ст. 252, подп. 8 п. 1 ст. 265 НК РФ. В учете таких расходов в соответствующей части может быть отказано, если они продолжали осуществляться, несмотря на то, что экономическая целесообразность создания основного средства уже очевидно отсутствовала. Доказательств иного налоговым органом не представлялось, но соответствующий анализ в судебных актах по делу не произведен.

С учетом изложенного Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда РФ отменила принятые судебные акты и направила дело на новое рассмотрение.

1. Абзац 3 п. 17 критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных приказом Минтруда России от 30 сентября 2020 г. № 687н, в части, предусматривающей установление степени утраты профессиональной трудоспособности в размере 30 процентов в случае невозможности пострадавшим продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, а также абз. 2 п. 18 указанных критериев в части, ограничивающей суммарную степень утраты профессиональной трудоспособности максимальным размером не более 30 процентов, признаны недействующими со дня принятия определения Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ

*Определение Апелляционной коллегии
Верховного Суда РФ
от 14 декабря 2023 г. № АПЛ23-440*

(Извлечение)

Минтруд России приказом от 30 сентября 2020 г. № 687н, согласованным с Минздравом России, утвердил критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее также — Критерии).

В п. 3 Критериев закреплено, что степень утраты профессиональной трудоспособности определяется исходя из последствий повреждения здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания с учетом имеющихся у пострадавшего профессиональных способностей, психофизиологических возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, того же содержания и в том же объеме либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема (тяжести) выполняемой работы и/или необходимости создания дополнительных условий доступности для выполнения профессиональной деятельности путем изменения условий труда, оснащения (оборудования) специального рабочего места, выражается в процентах и устанавливается в размере от 10 до 100 процентов с шагом в 10 процентов.

Согласно п. 4 Критериев состояние здоровья пострадавшего оценивается с учетом: а) характера и тяжести несчастного случая на производстве или профессионального заболевания; б) особенности течения патологического процесса, обусловленного несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием; в) характера (вида) и степени выражен-

ности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием. Выделяется 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, которые оцениваются в процентах и устанавливаются в диапазоне от 10 до 100 процентов с шагом в 10 процентов: I степень — стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, в диапазоне от 10 до 30 процентов; II степень — стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, в диапазоне от 40 до 60 процентов; III степень — стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, в диапазоне от 70 до 80 процентов; IV степень — стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, в диапазоне от 90 до 100 процентов. Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, устанавливается в соответствии с количественными системами оценки, предусмотренными приложениями № 1 и 2 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Минтруда России от 27 августа 2019 г. № 585н.

Пункт 17 Критериев предусматривает, что критерием определения степени утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 30 процентов является повреждение здоровья пострадавшего с I степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 10 до 30 процентов), обусловленное несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием (абз. 1).

При этом степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в зависимости от снижения квалификации и/или уменьшения объема (тяжести) работ пострадавшего с учетом наличия или отсутствия необходимости изменения условий труда либо невозможности продолжать выполнять профессиональную деятельность (абз. 2):

в случае, когда пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, при снижении квалификации и/или уменьшении объема (тяжести) работ с учетом необходимости изменения условий труда, а также в случае невозможности продолжать

выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, — в размере 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности (абз. 3);

в случаях, когда пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ, но при необходимости изменения условий труда, — в размере 20 процентов утраты профессиональной трудоспособности (абз. 4);

в случаях, когда пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, при снижении квалификации и/или объема (тяжести) работ, но без изменения условий труда, — в размере 10 процентов утраты профессиональной трудоспособности (абз. 5).

Согласно п. 18 Критериев степень утраты профессиональной трудоспособности при повторных несчастных случаях на производстве и/или профессиональных заболеваниях определяется по каждому из них отдельно и в сумме не может превышать 100 процентов (абз. 1);

в случаях, когда последствия повторных несчастных случаев на производстве и/или профессиональных заболеваний приводят к повреждению здоровья пострадавшего с I степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека хотя бы по одному виду нарушений, суммарная степень утраты профессиональной трудоспособности не может превышать 30 процентов (абз. 2);

в случаях, когда последствия повторных несчастных случаев на производстве и/или профессиональных заболеваний приводят к повреждению здоровья пострадавшего со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека хотя бы по одному виду нарушений, суммарная степень утраты профессиональной трудоспособности не может превышать 60 процентов (абз. 3);

в случаях, когда последствия повторных несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний приводят к повреждению здоровья пострадавшего с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека хотя бы по одному виду нарушений, суммарная степень утраты профессиональной трудоспособности не может превышать 80 процентов (абз. 4);

в случаях, когда последствия повторных несчастных случаев на производстве и/или профессиональных заболеваний приводят к повреждению здоровья пострадавшего с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека хотя бы по одному виду нарушений, суммарная степень утраты профес-

сиональной трудоспособности не может превышать 100 процентов (абз. 5).

Д. оспорил в Верховном Суде РФ п. 3 Критериев в той части, в какой он позволяет учреждениям медико-социальной экспертизы не учитывать решение врачебной комиссии, вынесенное по результатам экспертизы профессиональной пригодности; абз. 3 п. 17 Критериев в части, предусматривающей при повреждении здоровья пострадавшего с I степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека установление степени утраты профессиональной трудоспособности в случае невозможности продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, в размере 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности; абз. 2 п. 18 Критериев в той части, в какой он позволяет не устанавливать степень утраты профессиональной трудоспособности при повторных страховых случаях по каждому из них отдельно и ограничивать суммарную степень утраты профессиональной трудоспособности по последствиям повторных страховых случаев в размере менее чем 100 процентов, а также не учитывать возможность и способность пострадавшего выполнять профессиональную деятельность.

Административный истец ссылался на несоответствие оспариваемых положений п. 5 ч. 2 ст. 58, чч. 1—3 ст. 63 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, пп. 12, 17—19 Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 (далее также — Правила № 789), и Порядку проведения экспертизы профессиональной пригодности, утвержденному приказом Минздрава России от 5 мая 2016 г. № 282н.

Решением Верховного Суда РФ от 20 сентября 2023 г. в удовлетворении заявленного требования отказано.

Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ, рассмотрев 14 декабря 2023 г. апелляционную жалобу Д., решение суда в части отказа административному истцу в удовлетворении требования об оспаривании абз. 3 п. 17, абз. 2 п. 18 Критериев отменила, приняла новое решение, в остальной части решение от 20 сентября 2023 г. оставила без изменения по следующим основаниям.

Согласно п. 17 Правил № 789, в случае если пострадавший может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде, устанавливается

степень утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 30 процентов.

Пункт 17 Критериев предусматривает критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в размере 10 процентов (абз. 5), 20 процентов (абз. 4) и 30 процентов (абз. 3) при повреждении здоровья пострадавшего с I степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 10 до 30 процентов), обусловленном несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием.

Из буквального толкования приведенной выше нормы абз. 3 п. 17 Критериев следует однозначный вывод о том, что она предусматривает установление 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности как в случае, когда пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, при соблюдении перечисленных в указанном абзаце условий, так и в случае, когда пострадавший не может выполнять ту же деятельность, т.е. профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию.

Такое правовое регулирование нельзя считать согласованным, отвечающим общеправовому критерию формальной определенности, ясности и недвусмысленности правовой нормы.

Как разъяснено в п. 35 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 25 декабря 2018 г. № 50 «О практике рассмотрения судами дел об оспаривании нормативных правовых актов и актов, содержащих разъяснения законодательства и обладающих нормативными свойствами», проверяя содержание оспариваемого акта или его части, необходимо также выяснять, является ли оно определенным. Если оспариваемый акт или его часть вызывают неоднозначное толкование, оспариваемый акт в такой редакции признается не действующим полностью или в части с указанием мотивов принятого решения.

Более того, Правила № 789, являющиеся по отношению к Критериям нормативным правовым актом большей юридической силы, в п. 17, регулирующем установление пострадавшему степени утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 30 процентов, связывают ее установление исключительно с возможностью этого лица продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде, и не предусматривают установления степени утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 30 процентов при

невозможности продолжать пострадавшим профессиональную деятельность.

Верховный Суд РФ в порядке абстрактного нормоконтроля, регламентированном главой 21 КАС РФ, неоднократно проверял законность отдельных положений как Правил № 789, так и действовавших до принятия Критериев Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных постановлением Минтруда России от 18 июля 2001 г. № 56.

Так, согласно правовой позиции, выраженной во вступившем в законную силу решении Верховного Суда РФ от 11 декабря 2014 г. по делу № АКПИ14-1180 об оспаривании, в том числе п. 17 Правил № 789, профессиональная деятельность — это род трудовой деятельности, занятий человека, владеющего комплексом специальных знаний, умений, навыков, полученных путем образования, которую характеризуют квалификация, объем и качество выполняемой работы. Квалификация работника, в свою очередь, характеризуется уровнем его подготовленности, мастерства, степени годности к выполнению труда по определенной специальности (виду профессиональной деятельности), определяемым разрядом, званием и другими квалификационными категориями. Следовательно, при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается не только степень выраженности функциональных нарушений, но и квалификация, объем, качество работы, в том числе ее сложность, напряженность, должностные обязанности, предшествовавшие страховому случаю. Поскольку способность застрахованного лица осуществлять профессиональную деятельность характеризуется его способностью выполнять работу определенной квалификации, объема и качества, то и степень утраты пострадавшим профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве (профессионального заболевания) должна определяться исходя из тех же критериев, т.е. из способности выполнять работу той же квалификации, объема и качества, что и до наступления страхового случая.

В сохраняющем силу постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 10 марта 2011 г. № 2 «О применении судами законодательства об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» указано на необходимость иметь в виду, что степень утраты профессиональной трудоспособности должна определяться в зависимости от способности пострадавшего осуществлять не любую профессиональную деятельность, а только ту профессиональную деятельность, которую он фактически осуществлял до наступления страхового случая по трудовому договору. В связи с этим, если застрахованный не способен полностью выполнять работу определенной квалификации,

объема и качества, то его способность осуществлять профессиональную деятельность следует считать утраченной полностью (абз. 3 п. 19).

С учетом изложенного указание в абз. 3 п. 17 Критериев на установление степени утраты профессиональной трудоспособности в размере 30 процентов в случае невозможности пострадавшим продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, нельзя признать законным.

Пунктом 18 Правил № 789 предусмотрено, что степень утраты профессиональной трудоспособности при повторных несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях определяется на момент освидетельствования по каждому из них отдельно, независимо от того, имели они место в период работы у одного работодателя или разных работодателей, с учетом профессиональных знаний и умений пострадавшего и в целом не может превышать 100 процентов.

В абз. 1 п. 18 Критериев воспроизведен избранный Правительством РФ подход к определению степени утраты профессиональной трудоспособности при неоднократных несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях, заключающийся в отдельном определении степени утраты профессиональной трудоспособности по каждому из повторных несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также в непревышении степени утраты профессиональной трудоспособности при таких страховых случаях в целом 100 процентов.

Оспариваемый абз. 2 п. 18 Критериев применительно к случаям, когда последствия повторных несчастных случаев на производстве и/или профессиональных заболеваний приводят к повреждению здоровья пострадавшего с I степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (т.е. в диапазоне от 10 до 30 процентов) хотя бы по одному виду нарушений, предусматривает, что суммарная степень утраты профессиональной трудоспособности не может превышать 30 процентов.

Приведенное положение в части, ограничивающей суммарную степень утраты профессиональной трудоспособности максимальным размером не более 30 процентов, противоречит п. 18 Правил № 789. Так, в частности, в случае, когда степень утраты профессиональной трудоспособности при одном страховом случае определена в размере 30 процентов, значение степени утраты профессиональной трудоспособности, определенное при другом страховом случае в размере от 10 до 30 процентов, фактически будет нивелировано, поскольку совокупный размер степени утраты профессиональной трудоспособности в рассматриваемом случае на основании оспариваемой нормы не может превышать 30 процентов. Однако п. 18 Правил № 789 ограничивает степень утраты профессиональ-

ной трудоспособности при повторных несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях, определяемую отдельно по каждому из них, в целом лишь 100 процентами.

Таким образом, сопоставление содержания абз. 2 п. 18 Критериев в оспариваемой части и п. 18 Правил № 789 не позволяет сделать вывод о соответствии одного акта другому.

С учетом изложенного Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ признала не действующими со дня принятия апелляционного определения абз. 3 п. 17 указанных Критериев в части, предусматривающей установление степени утраты профессиональной трудоспособности в размере 30 процентов в случае невозможности пострадавшим продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, а также абз. 2 п. 18 названных Критериев в части, ограничивающей суммарную степень утраты профессиональной трудоспособности максимальным размером не более 30 процентов.

2. Подпункт 12.28 п. 12 Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений, утвержденных приказом Минюста России от 4 июля 2022 г. № 110, признан не противоречащим федеральному законодательству

Решение Верховного Суда РФ от 13 июня 2024 г. № АКПИ24-175, оставленное без изменения определением Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 27 августа 2024 г. № АПЛ24-308

3. Пункт 2 постановления Правительства РФ от 18 марта 2024 г. № 326 “Об установлении особенностей применения неустойки (штрафа, пени), иных финансовых санкций, а также других мер ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договорам участия в долевом строительстве, установленных законодательством о долевом строительстве” признан не противоречащим федеральному законодательству

Решение Верховного Суда РФ от 25 июня 2024 г. № АКПИ24-313, оставленное без изменения определением Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 19 сентября 2024 г. № АПЛ24-341

4. Абзац 1 п. 36, абз. 1 п. 37 Порядка проведения служебных проверок в Следственном комитете Российской Федерации, утвержденного приказом СК России от 24 мая 2021 г. № 77, признаны не противоречащими федеральному законодательству

Решение Верховного Суда РФ от 24 июня 2024 г. № АКПИ24-185, вступившее в законную силу

**5. Пункт 77 санитарных правил
и норм СанПиН 2.1.3684-21**

“Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий”, утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 3, и п. 1 приложения № 4 к ним признаны не противоречащими федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 17 июня 2024 г. № АКПИ24-122,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 10 сентября 2024 г. № АПЛ24-327*

6. Оспариваемая частично форма № Р38001

“Возражение заинтересованного лица относительно предстоящей государственной регистрации изменений устава юридического лица или предстоящего внесения сведений в Единый государственный реестр юридических лиц”, утвержденная приказом ФНС России от 28 декабря 2022 г. № ЕД-7-14/1268@, признана не противоречащей федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 26 июня 2024 г. № АКПИ24-289,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 10 сентября 2024 г. № АПЛ24-332*

7. Оспариваемые частично пп. 4, 31

Правил движения тяжеловесного и (или) крупногабаритного транспортного средства, утвержденных постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2023 г. № 2060, приложения № 1—3 к ним признаны не противоречащими федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 18 июня 2024 г. № АКПИ24-299,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 10 сентября 2024 г. № АПЛ24-326*

8. Оспариваемый частично п. 48 Инструкции о порядке приема, регистрации и разрешения в территориальных органах Министерства внутренних дел Российской Федерации заявлений и сообщений о преступлениях, об административных правонарушениях, о происшествиях, утвержденной приказом МВД России от 29 августа 2014 г. № 736, признан не противоречащим федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 13 июня 2024 г. № АКПИ24-314,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 5 сентября 2024 г. № АПЛ24-318*

9. Инструкция о порядке изъятия, учета, хранения и передачи вещественных доказательств по уголовным делам, ценностей и иного имущества органами предварительного следствия, дознания и судами от 18 октября 1989 г. № 34/15/01-16/7-90/1/1002/К-8-106/441/Б, утвержденная Генеральной прокуратурой СССР, МВД СССР, Министерством юстиции СССР, Верховным Судом СССР, Комитетом государственной безопасности СССР, п. 0021 Перечня федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, определяющих основания для поступления, возврата или перечисления средств, поступающих во временное распоряжение получателей средств федерального бюджета, сформированного Федеральным казначейством, признаны не противоречащими федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 2 июля 2024 г. № АКПИ24-303,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 24 сентября 2024 г. № АПЛ24-350*

10. Оспариваемый частично абз. 5 п. 2 постановления Совета Министров — Правительства РФ от 22 сентября 1993 г. № 941 “О порядке исчисления выслуги лет, назначения и выплаты пенсий, компенсаций и пособий лицам, проходившим военную службу в качестве офицеров, прапорщиков, мичманов и военнослужащих сверхсрочной службы или по контракту в качестве солдат, матросов, сержантов и старшин либо службы в органах внутренних дел, федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, органах принудительного исполнения Российской Федерации, войсках национальной гвардии Российской Федерации, и их семьям в Российской Федерации” признан не противоречащим федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 14 мая 2024 г. № АКПИ24-182,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 5 сентября 2024 г. № АПЛ24-315*

11. Пункт 16, абз. 2 п. 40, подп. “а” п. 42 Правил пользования газом в части обеспечения безопасности при использовании и содержании внутридомового и внутриквартирного газового оборудования при предоставлении коммунальной услуги по газоснабжению, утвержденных постановлением Правительства РФ от 14 мая 2013 г. № 410, признаны не противоречащими федеральному законодательству

*Решение Верховного Суда РФ
от 23 июля 2024 г. № АКПИ24-380,
оставленное без изменения определением
Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ
от 3 октября 2024 г. № АПЛ24-364*

Уголовно-процессуальный закон не содержит запрета на прекращение уголовного преследования и освобождение лица от уголовной ответственности на основании ст. 76 УК РФ при совершении им впервые преступления небольшой или средней тяжести, причиняющего вред двум объектам, в частности, безопасности дорожного движения и здоровью человека, если лицо примирилось с потерпевшим и загладило причиненный потерпевшему вред

Определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РФ от 28 декабря 2022 г. № 44-УД22-44-К7

(Извлечение)

По приговору Кунгурского городского суда Пермского края от 8 февраля 2022 г. Д., несудимая, осуждена по ч. 1 ст. 264 УК РФ к десяти месяцам ограничения свободы с установлением указанных в приговоре ограничений и возложением обязанности, предусмотренных ст. 53 УК РФ.

Уголовное дело в отношении Д. рассмотрено в особом порядке судебного разбирательства, предусмотренном главой 40 УПК РФ.

Апелляционным постановлением Пермского краевого суда от 14 апреля 2022 г. приговор в отношении Д. оставлен без изменения.

Кассационным определением судебной коллегии по уголовным делам Седьмого кассационного суда общей юрисдикции от 30 августа 2022 г. приговор и апелляционное постановление в отношении осужденной Д. оставлены без изменения.

По приговору суда Д. осуждена за нарушение лицом, управляющим автомобилем, правил дорожного движения, что повлекло причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью потерпевшего Б.

В кассационной жалобе адвокат Д. — Ч. оспаривал состоявшиеся судебные решения, считая их незаконными, необоснованными, несправедливыми. Полагал, что суд без достаточных оснований отказал в освобождении Д. от уголовной ответственности в связи с примирением сторон на основании ст. 76 УК РФ, поскольку все условия осужденной были выполнены. Просил отменить состоявшиеся в отношении Д. судебные решения и прекратить уголовное дело по ее обвинению в связи с примирением сторон.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ 28 декабря 2022 г. кассационную жалобу удовлетворила, отметив следующее.

Согласно материалам данного уголовного дела, потерпевшим Б. было заявлено ходатайство об освобождении Д. от уголовной ответственности по ч. 1 ст. 264 УК РФ в связи с примирением, поскольку Д. загладила причиненный преступлением материальный вред — выплатила ему 10 000 руб. за лечение, а также принесла свои извинения. При этом потерпевший в заявлении указал, что примирился с Д. и претензий к ней не имеет.

Аналогичное ходатайство потерпевший заявил в судебном заседании.

Указанное ходатайство потерпевшего судом первой инстанции было оставлено без удовлетворения и в отношении Д. постановлен обвинительный приговор.

При этом в обоснование принятого решения об отказе в применении в отношении Д. положений ст. 76 УК РФ суд сослался на то, что доказательств совершения ею иных действий, направленных на заглаживание вреда перед обществом, способствовавших восстановлению нарушенных законных интересов общества и государства в сфере безопасности дорожного движения, в судебное заседание не представлено.

С решением суда первой инстанции согласились также суды апелляционной и кассационной инстанций, указав в своих решениях, что данных о принятии Д. мер к заглаживанию вреда в отношении другого объекта преступного посягательства — общественных отношений в сфере безопасности дорожного движения не представлено.

Между тем в соответствии с ч. 1 ст. 25 УПК РФ суд, а также следователь с согласия руководителя следственного органа или дознаватель с согласия прокурора вправе на основании заявления потерпевшего или его законного представителя прекратить уголовное дело в отношении лица, подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления небольшой или средней тяжести, в случаях, предусмотренных ст. 76 УК РФ, если это лицо примирилось с потерпевшим и загладило причиненный ему вред.

В силу положений ст. 76 УК РФ лицо, впервые совершившее преступление небольшой или средней тяжести, может быть освобождено от уголовной ответственности, если оно примирилось с потерпевшим и загладило причиненный потерпевшему вред.

Согласно разъяснениям, изложенным в п. 9 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 27 июня 2013 г. № 19 “О применении судами законодательства, регламентирующего основания и порядок освобождения от уголовной ответственности”, исходя из положений ст. 76 УК РФ освобождение от уголовной ответственности в связи с примирением с потерпевшим возможно при выполнении указанных в ней условий: примирение лица, совершившего преступление, с потерпевшим и заглаживание причиненного ему вреда.

Под заглаживанием вреда для целей ст. 76 УК РФ следует понимать возмещение ущерба, а также иные меры, направленные на восстановление нарушенных в результате преступления прав и законных интересов потерпевшего. Способы заглаживания вреда, а также размер его возмещения определяются потерпевшим.

Таким образом, законом предусмотрен исчерпывающий перечень условий для освобождения лица от уголовной ответственности в связи с примирением с потерпевшим.

Как следует из материалов уголовного дела, Д. впервые совершила преступление небольшой тяжести, вину в содеянном признала, причиненный преступлением вред потерпевшему полностью возместила, а также принесла ему свои извинения. Потерпевший Б. заявил, что примирился с Д.,

претензий не имеет и не желает привлекать ее к уголовной ответственности.

Таким образом, все условия, необходимые для освобождения Д. от уголовной ответственности по предусмотренным ст. 25 УПК РФ и ст. 76 УК РФ основаниям, осужденной были выполнены.

При этом условия освобождения от уголовной ответственности касаются тяжести совершенного преступления, конкретных обстоятельств дела, а также личности виновного и его поведения в отношении потерпевшего по конкретному делу.

Запрета на прекращение уголовного преследования при совершении преступления, предусмотренного ст. 264 УК РФ, причиняющего вред двум объектам — безопасности дорожного движения и здоровью человека, уголовно-процессуальный закон не содержит. Причинение же вреда потерпевшему Б. по неосторожности само по себе не свидетельствует о явно отрицательном отношении Д. к охраняемым законом отношениям и о ее намерении причинить вред обществу в дальнейшем.

Кроме того, в судебных решениях не раскрыты мотивы отказа в связи с отсутствием иных действий, направленных на заглаживание вреда перед обществом, способствовавших восстановлению нарушенных законных интересов общества и го-

сударства в сфере безопасности дорожного движения. Не указан судами и способ возмещения (заглаживания) вреда.

При этом решение суда первой инстанции содержит противоречие. Основанием отказа суда в прекращении уголовного дела, как следует из приговора, является обеспечение общественных интересов в сфере безопасности дорожного движения, а по делам о преступлениях, предусмотренных ст. 264 УК РФ, такая цель достигается в том числе путем назначения дополнительного наказания в виде лишения права заниматься деятельностью, связанной с управлением транспортным средством. Однако суд не назначил осужденной Д. указанное дополнительное наказание, сославшись на отсутствие для этого оснований.

Выводы же суда первой инстанции о том, что принятие решения о прекращении уголовного дела в связи с примирением с потерпевшим является правом, а не обязанностью суда, сделаны без учета того, что предоставление суду полномочий принимать решения о прекращении уголовного дела по своему усмотрению не дает права на вынесение произвольного, не отвечающего требованиям законности, обоснованности и справедливости судебного решения.

ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Список сокращений, применяемых в обзоре

1) ГК РФ — Гражданский кодекс Российской Федерации;

2) АПК РФ — Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации;

3) Закон об ОМС, Закон № 326-ФЗ — Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”;

4) Закон об основах охраны здоровья граждан — Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”;

5) Закон об аудиторской деятельности — Федеральный закон от 30 декабря 2008 г. № 307-ФЗ “Об аудиторской деятельности”;

6) Правила ОМС — Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. № 108н;

7) Постановление от 3 апреля 2020 г. № 432 — постановление Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. № 432 “Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией”¹;

¹Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. № 432 “Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией” утратило силу.

8) Правила № 273 — Правила использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденные постановлением Правительства РФ от 26 февраля 2021 г. № 273;

9) Порядок, утвержденный приказом № 1342н, — Порядок выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1342н;

10) Порядок оказания скорой помощи — Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н;

11) Порядок проведения контроля — Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н;

12) Порядок контроля за использованием средств ОМС — Порядок осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, утвержденный приказом Минздрава России от 26 марта 2021 г. № 255н;

13) Положение о деятельности Комиссии — Положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющееся Приложением № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н;

14) Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи — Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся Приложением к Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н;

15) Положение о деятельности врача-диетолога — Положение об организации деятельности врача-диетолога, являющееся Приложением № 1 к приказу Минздрава России от 5 августа 2003 г. № 330 “О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации”;

16) Инструкция — Инструкция по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, являющаяся Приложением № 4 к приказу Минздрава России от 5 августа 2003 г. № 330 “О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации”;

17) Типовое положение, утвержденное приказом № 524н, — Типовое положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденное приказом Минздрава России от 3 октября 2023 г. № 524н;

18) постановление Пленума от 28 июня 2022 г. № 21 — постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2022 г. № 21 “О некоторых вопросах применения судами положений главы 22 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации и главы 24 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации”;

19) ОМС — обязательное медицинское страхование;

20) территориальный фонд, фонд — территориальный фонд ОМС субъекта Российской Федерации;

21) Комиссия по разработке территориальной программы ОМС, Комиссия — Комиссия по разработке территориальной программы ОМС субъекта Российской Федерации;

22) федеральная программа — программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

23) территориальная программа государственных гарантий — территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

24) территориальная программа государственных гарантий субъекта — территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, действующая на территории соответствующего субъекта Российской Федерации.

В целях обеспечения единообразного подхода к разрешению споров, возникающих в связи с применением законодательства об ОМС, Верховным Судом РФ на основании ст. 126 Конституции Российской Федерации, ст.ст. 2, 7 Федерального конституционного закона от 5 февраля 2014 г. № 3-ФКЗ “О Верховном Суде Российской Федерации”, выработаны следующие правовые позиции.

1. Споры, возникающие между территориальным фондом и медицинскими организациями

1. Наличие направления лечащего врача медицинской организации, выбранной застрахованным лицом, является одним из обязательных условий для оплаты специализированной медицинской помощи в плановой форме в рамках программы ОМС в медицинской организации за пределами субъекта Российской Федерации, в котором проживает данное лицо. Указанное правило не распространяется на оказание экстренной и (или) неотложной медицинской помощи.

Пример 1. Медицинская организация субъекта Российской Федерации в рамках базовой программы ОМС оказала медицинскую помощь лицу, застрахованному по программе ОМС в другом субъекте Российской Федерации, направив в территориальный фонд соответствующие сведения и учетные документы, подтверждающие факт оказания медицинской помощи.

Территориальный фонд оплату медицинской помощи, оказанной в спорный период, в полном объеме не произвел несмотря на то, что сроки оплаты наступили.

Указанные обстоятельства послужили основанием для обращения медицинской организации в суд с заявлением о взыскании с территориального фонда суммы задолженности за оказанную медицинскую помощь.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требование медицинской организации удовлетворено.

Суды исходили из того, что гражданин вправе самостоятельно обратиться в медицинскую организацию, независимо от наличия прикрепления к этой медицинской организации, за оказанием первичной медико-санитарной помощи. Врач по результатам оказания такой медицинской помощи вправе выдать гражданину направление для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме при наличии медицинских показаний для ее оказания. В свою очередь, гражданин по указанному направлению вправе получить специализированную медицинскую помощь в плановой форме, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором он проживает.

Отменяя принятые судебные акты, Верховный Суд РФ указал следующее.

В соответствии с ч. 6 ст. 21 Закона об основах охраны здоровья граждан при оказании гражданину медицинской помощи в рамках федеральной программы выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Согласно п. 12 Порядка, утвержденного приказом № 1342н, выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи, выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации.

Порядок направления лечащим врачом застрахованных лиц в медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС строго регламентирован — направление лечащего врача для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме может быть выдано только при наличии особых медицинских показаний (пп. 3 и 7 Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздрава России от 23 декабря 2020 г. № 1363н).

Следовательно, наличие направления лечащего врача медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с Порядком, утвержденным приказом № 1342н, является одним из обязательных условий для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме застрахованным лицом как по месту жительства, так и в медицинской организации за пределами субъекта Российской Федерации, в котором проживает застрахованное лицо.

В рассматриваемом случае медицинская организация оказывала специализированную медицинскую помощь в плановой форме пациенту за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором он проживал, без направления лечащего врача выбранной застрахованным лицом медицинской организации.

При таких обстоятельствах специализированная медицинская помощь в плановой форме при самостоятельном обращении лица в медицинскую организацию не может быть оплачена за счет средств ОМС.

Пример 2. При рассмотрении требования медицинской организации к территориальному фонду о взыскании задолженности за оказанную медицинскую помощь гражданам, застрахованным на территории разных субъектов Российской Федерации, суды указали, что при обращении в медицинскую организацию для оказания специализированной экстренной и (или) неотложной медицинской помощи обязанность застрахованных лиц иметь направление лечащего врача законодательством не предусмотрена (чч. 5 и 6 ст. 21, ст. 35 Закона об основах охраны здоровья граждан, п. 5 Порядка оказания скорой помощи).

В связи с этим суды пришли к выводу, что экстренная и (или) неотложная медицинская помощь, оказанная медицинской организацией гражданам, застрахованным на территории разных субъектов Российской Федерации, должна быть оплачена территориальным фондом в рамках программы ОМС.

2. При изменении Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объема предоставления медицинской помощи в порядке, установленном законодательством, подлежат изменению условия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В январе 2021 г. между территориальным фондом, страховой медицинской организацией и медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на 2021 год.

В феврале 2021 г. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС принято решение об уменьшении для медицинской организации объемов медицинской помощи в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Территориальным фондом подготовлен и направлен в адрес медицинской организации проект дополнительного соглашения о внесении изменений в договор на основании указанного решения Комиссии.

Медицинская организация отказалась от подписания данного соглашения.

Территориальный фонд обратился в суд с заявлением к медицинской организации об обязанности заключить дополнительное соглашение к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на 2021 год.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и

кассационной инстанций, заявление территориального фонда удовлетворено.

Часть 10 ст. 36 Закона об ОМС предусматривает, что объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС между медицинскими организациями.

Пунктом 20 Положения о деятельности Комиссии предусмотрено, что решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС являются обязательными для всех участников ОМС на территории соответствующего субъекта Российской Федерации.

Кроме того, условие договора об обязанности страховой медицинской организации производить оплату медицинской помощи только в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, полностью соответствует ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС и пп. 121, 122 Правил ОМС.

Решение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС о распределении объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской организацией не оспорено, является обязательным, объем медицинской помощи относится к существенным условиям договора, заключенного сторонами.

Поэтому при изменении объема предоставления медицинской помощи в порядке, установленном законодательством, подлежат изменению условия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Учитывая изложенное у медицинской организации отсутствовали правовые основания для отказа от заключения дополнительного соглашения об уменьшении объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на 2021 год.

3. Территориальный фонд не вправе уменьшить оплату медицинской помощи на основании решения Комиссии, если медицинская организация правомерно оказала медицинскую помощь в полном объеме до принятия такого решения.

Между территориальным фондом, страховой медицинской организацией и медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в рамках которого медицинская организация в период с января по конец декабря 2021 г. оказала пациентам медицинские услуги в соответствии с территориальной программой ОМС.

Решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС от 28 декабря 2021 г. для медицинской организации уменьшены объемы медицинской помощи на 2021 год.

Территориальный фонд направил в адрес медицинской организации дополнительное соглашение о внесении изменений в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на основании решения Комиссии, однако полу-

чил отказ в его подписании в связи с тем, что медицинские услуги застрахованным лицам были оказаны до принятия Комиссией соответствующего решения.

Территориальный фонд обратился в суд с требованием об обязанности медицинской организации заключить указанное дополнительное соглашение к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судом апелляционной инстанции, требование удовлетворено.

Рассматривая кассационную жалобу на указанные судебные акты, суд кассационной инстанции обратил внимание на следующее.

Решения, принимаемые Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников ОМС на территории субъекта Российской Федерации (п. 20 Положения о деятельности Комиссии).

Согласно подп. 3 п. 4 Положения о деятельности Комиссии она распределяет на отчетный год и перераспределяет в течение года объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой ОМС объемов предоставления медицинской помощи до 1 января года, на который осуществляется распределение.

Вместе с тем в силу ст. 4 Закона об ОМС одним из основных принципов осуществления ОМС является устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами ОМС (п. 2).

Суд пришел к выводу, что необоснованное уменьшение объема медицинской помощи ухудшает экономическое положение медицинской организации. Решения Комиссии при корректировке объема предоставления медицинской помощи не должны противоречить положениям ст. 4 Закона № 326-ФЗ. Право Комиссии осуществлять перераспределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не предусматривает возможность придавать решениям обратную силу при отсутствии указания на это в законе. Следствием иного подхода будет нарушение баланса интересов сторон, участвующих в данных правоотношениях.

Кроме того, на медицинскую организацию, которая, действуя добросовестно, оказала медицинские услуги застрахованным лицам в объемах, предусмотренных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на 2021 год, не могут быть возложены негативные последствия, связанные с последующей коррек-

тировкой Комиссией в меньшую сторону объемов таких услуг.

С учетом изложенного суд кассационной инстанции отменил обжалуемые судебные акты и отказал в удовлетворении заявленного требования.

4. Расходование медицинской организацией средств ОМС на оплату мероприятий, осуществление которых запланировано за счет средств нормированного страхового запаса, до поступления этих денежных средств на лицевой счет медицинской организации не противоречит законодательству при условии последующего восстановления средств нормированного страхового запаса на счете ОМС.

Планом мероприятий по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда предусмотрена реализация мероприятия в виде приобретения станцией скорой помощи (далее — также медицинская организация) за счет средств нормированного страхового запаса медицинского оборудования в количестве двух штук.

Станцией скорой помощи по результатам аукциона заключен контракт на поставку указанного медицинского оборудования. Данная поставка была осуществлена на следующий день после заключения контракта. Оплата оборудования произведена станцией скорой помощи за счет средств ОМС 21 мая 2021 г.

Позднее станция скорой помощи представила в территориальный фонд проект соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по приобретению медицинского оборудования с приложением копий документов, подтверждающих выполнение условий использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, в том числе наличие у медицинской организации заключенного контракта на поставку медицинского оборудования. Соглашение было подписано территориальным фондом.

Средства нормированного страхового запаса на оплату заключенного контракта перечислены территориальным фондом в адрес медицинской организации 16 июня 2021 г.

По результатам проверки использования станцией скорой помощи средств нормированного страхового запаса территориальным фондом составлен акт, в котором установлено необоснованное получение медицинской организацией средств нормированного страхового запаса, неиспользование полученных средств на финансовое обеспечение мероприятий по приобретению медицинского оборудования.

Территориальный фонд пришел к выводу, что поскольку на дату заключения соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по приобретению медицинского оборудования заявленное к приобретению оборудование уже было получено и оплачено медицинской организацией, то потребность в оборудовании у медицинской организации отсутствовала.

В связи с выявленными нарушениями станции скорой помощи выдано предписание о возврате в течение 10 рабочих дней средств нормированного страхового запаса, об уплате за счет собственных средств в бюджет территориального фонда процентов за пользование необоснованно полученными средствами.

Не согласившись с вынесенным предписанием, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании его незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требования медицинской организации удовлетворены с учетом следующего.

Согласно абз. 3 п. 2 Правил № 273 средства нормированного страхового запаса территориального фонда предоставляются территориальным фондом медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ ОМС, при соблюдении условий, предусмотренных указанными Правилами, на основании заключенного территориальным фондом с медицинской организацией договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на текущий финансовый год в соответствии со ст. 39 Закона № 326-ФЗ.

Подпунктом “б” п. 8 Правил № 273 установлены обязательные условия использования медицинскими организациями средств финансового обеспечения нормированного страхового запаса по реализации мероприятий, связанных с приобретением медицинского оборудования.

Помимо общих условий, предусмотренных п. 8 Правил № 273, по каждому виду расходов, в том числе на приобретение медицинского оборудования, установлены дополнительные условия.

Так, в случае реализации медицинской организацией мероприятий по приобретению оборудования использование средств для финансового обеспечения мероприятий осуществляется при соблюдении следующего дополнительного условия: наличия у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации контракта на поставку медицинского оборудования (подп. “б” п. 9 Правил № 273).

Суды указали, что ни Правила № 273, ни иные нормативные документы, регулирующие спорные отношения, не ставят возможность использования средств нормированного страхового запаса в зависимость от времени оплаты приобретенного оборудования. Условия о сроках направления медицинской организацией проекта соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по приобретению медицинского оборудования в адрес территориального фонда и о необходимости направления проекта соглашения непосредственно до осуществления оплаты поставщику Правилами № 273 также не установлены.

Согласно представленным в материалы дела карточкам учета приобретенное по контракту оборудование введено в эксплуатацию, исполь-

зуются выездными бригадами скорой медицинской помощи, т.е. применяется для целей осуществления медицинской организацией деятельности в рамках оказания скорой медицинской помощи по ОМС.

Соответственно, в данном случае оплата спорного оборудования ранее поступления денежных средств на лицевой счет медицинской организации и его оплата за счет средств ОМС с учетом последующего восстановления средств нормированного страхового запаса на счете ОМС не свидетельствует о наличии правовых оснований требовать возврата денежных средств, а также процентов по ст. 395 ГК РФ.

5. Восстановление медицинской организацией средств ОМС, использованных не по целевому назначению, за счет иных предусмотренных законом источников до составления акта проверки территориального фонда само по себе не влечет привлечение медицинской организации к ответственности за нецелевое использование таких средств.

Пример 1. Территориальным фондом в отношении медицинской организации проведена плановая проверка использования средств ОМС за отчетный период, в ходе которой установлено, что медицинской организацией допущено нецелевое использование средств территориального фонда, о чем составлен соответствующий акт проверки.

Территориальным фондом в адрес медицинской организации выставлено требование, в соответствии с которым медицинской организации следует вернуть средства, использованные не по целевому назначению, в установленный срок, а также устранить причины, вследствие которых допущено нецелевое использование средств.

Полагая, что указанный акт проверки и выставленное требование нарушают ее права и законные интересы, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании их незаконными.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требование медицинской организации удовлетворено в связи со следующим.

В силу ст. 38 и п. 1 ст. 147 БК РФ принцип адресности и целевого характера бюджетных средств означает, что бюджетные ассигнования и лимиты бюджетных обязательств доводятся до конкретных получателей бюджетных средств с указанием цели их использования; 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.

Согласно ст. 21 Закона № 326-ФЗ средства ОМС формируются за счет различных источни-

ков, в том числе за счет средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС, а также за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Частью 5 ст. 26 Закона об ОМС предусмотрено, что расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения: выполнения территориальных программ ОМС; ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями; выполнения функций органа управления территориального фонда.

На основании ч. 9 ст. 39 Закона № 326-ФЗ медицинская организация обязана вернуть средства, использованные не по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Судами установлено, что в проверяемый период за счет средств территориального фонда медицинской организацией были проведены выплаты, источником финансирования которых должны были стать собственные средства медицинской организации. Указанный факт медицинской организацией не оспаривался.

Вместе с тем спорные денежные средства в течение отчетного периода (до составления оспариваемого акта и вынесения оспариваемого требования) были восстановлены медицинской организацией на счете средств ОМС в сумме, ранее списанной.

Суды пришли к выводу, что фактическое восстановление медицинской организацией на счете ОМС использованных не по целевому назначению денежных средств за счет иных предусмотренных законом источников до составления акта проверки территориального фонда не влечет необходимости перечисления медицинской организацией данных средств в бюджет территориального фонда. Иное означало бы изъятие денежных средств, принадлежащих медицинской организации, а не возврат их в соответствующий бюджет, т.е. к медицинской организации применили бы штрафные санкции, не предусмотренные законодательством.

Суды сочли, что отказ в удовлетворении заявленных требований повлечет фактическое получение территориальным фондом спорных денежных средств в двойном размере, что является недопустимым.

С учетом изложенных обстоятельств суды признали оспариваемые акт проверки и требование территориального фонда незаконными.

Пример 2. Территориальный фонд обратился в суд с заявлением к медицинской организации о взыскании средств ОМС, использованных не по целевому назначению.

Суды первой, апелляционной и кассационной инстанций отказали территориальному фонду в удовлетворении его требований, установив, что в целях устранения выявленного фондом нарушения медицинская организация восстановила на собственном лицевом счете средства ОМС, ранее использованные не по целевому назначению. Суды указали, что самостоятельное восстановление медицинской организацией на лицевом счете средств ОМС, использованных не по целевому назначению, означает дальнейшее использование медицинской организацией восстановленных средств на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС, т.е. по целевому назначению.

Верховный Суд РФ, рассматривая кассационную жалобу территориального фонда, обратил внимание, что спорные средства ОМС были использованы медицинской организацией не по целевому назначению в период 2018—2020 годы, в то время как медицинская организация восстановила эти средства на собственном счете ОМС только 27 октября 2022 г., т.е. после проведения фондом проверки, выявления допущенного медицинской организацией нарушения и составления соответствующего акта, что свидетельствует о недобросовестности поведения медицинской организации и влечет ее обязанность по возврату в бюджет фонда средств ОМС, использованных не по целевому назначению.

С учетом изложенного Верховный Суд РФ отменил принятые судебные акты нижестоящих судов.

6. Вопрос о целевом характере средств, расходуемых на оплату труда работников, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, разрешается судом с учетом фактических обстоятельств конкретного дела.

Пример 1. По результатам проведенной территориальным фондом проверки использования медицинской организацией средств ОМС в 2021—2022 годах выявлены неправомерно произведенные расходы за счет средств ОМС, в частности выплачена заработная плата врачу-диетологу, не оказывающему, по мнению территориального фонда, медицинскую помощь, входящую в территориальную программу ОМС.

По итогам проверки составлен акт и вынесено представление, согласно которому медицинской организации необходимо вернуть в доход территориального фонда суммы нецелевых выплат.

Не согласившись с указанным представлением, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании его незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, заявленное требование удовлетворено.

В силу положений Закона об ОМС целевым признается использование медицинской орга-

низацией средств ОМС в соответствии с программами ОМС (п. 5 ч. 2 ст. 20).

В ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС предусмотрено, что структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя в том числе расходы на заработную плату и начисления на оплату труда.

Согласно п. 192, подп. 1 п. 193 Правил ОМС 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 оказания медицинской помощи (медицинской услуги), а также затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги).

Приказом Минздрава России от 5 августа 2003 г. № 330 в целях реализации концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации утверждены Положение о деятельности врача-диетолога и Инструкция.

Согласно пп. 1—3 Положения о деятельности врача-диетолога на должность врача-диетолога назначается врач-специалист, имеющий подготовку по лечебному питанию и сертификат по специальности “диетология”; врач-диетолог отвечает за организацию лечебного питания и адекватное применение его во всех отделениях учреждений здравоохранения, а также руководит медицинскими сестрами диетическими, осуществляет контроль за работой пищеблока.

Как указано в Инструкции, организация лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий. Ответственным за организацию лечебного питания является врач-диетолог (абз. 1 и 15).

Пунктом 2 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “диетология”, утвержденного приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 920н, установлено, что медицинская помощь по профилю “диетология” оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

В силу ч. 6 ст. 35 Закона об ОМС за счет средств бюджета территориального фонда в рамках базовой программы ОМС гражданам (застрахованным лицам) оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в частности медицинская помощь при расстройстве питания и нарушении обмена веществ.

На основании изложенного суды пришли к выводу, что оказание медицинской помощи при

расстройствах питания и нарушении обмена веществ входит в сферу деятельности врача-диетолога, финансируемой за счет средств ОМС. Медицинская организация правомерно начислила и выплатила заработную плату врачу-диетологу как медицинскому работнику, непосредственно оказывающему медицинскую помощь, входящую в территориальную программу ОМС, следовательно, указанные денежные средства использованы медицинской организацией по целевому назначению.

Пример 2. Медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании незаконным акта плановой проверки территориального фонда в части выводов о нецелевом использовании средств ОМС, направленных на оплату консультаций врачей-специалистов, привлеченных для оказания медицинской помощи на основании договоров об оказании консультативных услуг.

Удовлетворяя требования медицинской организации, суд указал следующее.

В силу ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя в том числе расходы на заработную плату и начисления на оплату труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги).

Привлечение для консультаций врачей-специалистов, являющихся работниками иных медицинских организаций, осуществлялось медицинской организацией в соответствии с требованиями действующих обязательных стандартов и порядков оказания медицинской помощи по конкретным заболеваниям (в условиях отсутствия в штатном расписании медицинской организации необходимых врачей, нехватки в конкретный период времени штатных работников соответствующего профиля, в том числе в экстренных случаях).

Поскольку спорные затраты были непосредственно связаны с оказанием медицинской организацией медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС, такие затраты не могут быть признаны нецелевым расходованием средств ОМС.

Пример 3. Медицинская организация оспорила в суде акт проверки территориального фонда в части признания нецелевым использованием средств ОМС, выразившихся в оплате расходов на заработную плату провизора и фармацевта.

Отказывая в удовлетворении требований медицинской организации, суд обратил внимание на следующее.

Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на соответствующий период предусмотрено, что тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в рамках территориальной программы ОМС, устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением.

Согласно территориальной программе государственных гарантий субъекта за счет средств

бюджета этого субъекта Российской Федерации осуществляется финансирование иных услуг и мероприятий в сфере здравоохранения. При этом услуги, связанные с фармацевтической деятельностью, в данную программу не входят.

Функции по согласованию закупаемого ассортимента лекарственных препаратов по номенклатуре и количеству в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и перечнями лекарственных препаратов отнесены к должности врача — клинического фармаколога на основании Порядка оказания медицинской помощи по профилю “клиническая фармакология”, утвержденного приказом Минздрава России от 2 ноября 2012 г. № 575н (пп. 1, 6).

Исходя из изложенного, финансирование услуг провизора и фармацевта может осуществляться за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации. Ввиду того, что в территориальную программу субъекта услуги, связанные с фармацевтической деятельностью, не включены, суды пришли к выводу о том, что медицинская организация использовала средства ОМС не по назначению.

Пример 4. Медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании незаконным акта проверки территориального фонда, в соответствии с которым фонд признал нецелевым использованием средств ОМС выплату материальной помощи работникам.

Отказывая в удовлетворении требования медицинской организации, суд обратил внимание на то, что сам по себе факт наличия трудовых отношений между работодателем и его работниками не свидетельствует о том, что все выплаты, которые начисляются работникам, представляют собой оплату их труда.

Выплаты социального характера не входят в состав заработной платы по смыслу ст. 129 ТК РФ, так как не зависят от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы. Такая материальная помощь является дополнительной социальной гарантией работнику, следовательно, она не входит в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, предусмотренную ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС, базовой и территориальной программами ОМС.

В связи с изложенным суд пришел к выводу, что выплаты материальной помощи не могли быть осуществлены за счет средств ОМС.

Пример 5. Медицинская организация, оспаривая в суде акт проверки территориального фонда в части нецелевого использования средств ОМС на выплаты заработной платы социальному работнику, в должностные обязанности которого входит работа по опеке и попечительству недееспособных граждан, указывала на то, что социальный работник непосредственно оказывает медицинскую помощь и обеспечивает условия для ее оказания.

Отказывая в удовлетворении требований, суд сослался в том числе на профессиональный стандарт “Специалист по социальной работе”,

утвержденный приказом Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 351н, согласно которому специалист по социальной работе отнесен к кодам ОКВЭД 87.10 “Деятельность по медицинскому уходу с обеспечением проживания”; 87.30 “Деятельность по уходу за престарелыми и инвалидами с обеспечением проживания”; 87.90 “Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая”; 88.10 “Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам”; 88.91 “Предоставление услуг по дневному уходу за детьми”; 88.99 “Предоставление прочих социальных услуг без обеспечения проживания, не включенных в другие группировки”.

Таким образом, социальная помощь не относится к медицинской помощи, ее содержанием является оказание социальной помощи отдельным гражданам и социальным группам для предупреждения или преодоления трудной жизненной ситуации посредством предоставления социальных услуг.

С учетом того, что социальный работник не участвует в оказании медицинской помощи, которая предоставляется застрахованным лицам в рамках программы ОМС, начисление и выплата указанному лицу заработной платы за счет средств ОМС является нецелевым расходованием этих средств.

7. Расходы медицинской организации на транспортные услуги, входящие в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, подлежат выплате за счет средств ОМС.

В ходе проведения плановой комплексной проверки медицинской организации по вопросу использования средств ОМС за период с 1 января 2018 г. по 31 декабря 2018 г. территориальный фонд выявил использование медицинской организацией средств ОМС на цели, не соответствующие условиям их получения, а именно — на оплату проезда пациентов стационара до места оказания медицинских услуг (заместительная почечная терапия методами гемодиализа) и обратно. Медицинской организацией в 2018 году за счет средств ОМС заключены и оплачены договоры на оказание услуг по транспортировке пациентов машиной скорой медицинской помощи.

По результатам проверки территориальным фондом составлен акт, в котором отражены выявленные нарушения и указано на необходимость в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования вернуть средства, использованные не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда, а также уплатить штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств (ч. 9 ст. 39 Закона № 326-ФЗ).

Медицинская организация, полагая, что услуги по транспортировке пациентов машиной скорой медицинской помощи на сеансы заместительной почечной терапии методом гемодиализа от стационара медицинской организации до иного медицинского учреждения и обратно

входят в структуру тарифа и оплачиваются за счет ОМС, обратилась в суд с заявлением о признании указанного требования территориального фонда незаконным.

Удовлетворяя заявление медицинской организации, суд обратил внимание на следующее.

В территориальной программе государственных гарантий субъекта предусмотрено, что в случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту, медицинская организация обеспечивает транспортировку больных в другие медицинские учреждения для оказания медицинской помощи соответствующего профиля и проведения необходимых диагностических мероприятий. По медицинским показаниям транспортировка больных осуществляется в сопровождении медицинского персонала и на специально оборудованном транспорте (класса А).

Судом установлено, что на балансе медицинской организации отсутствует автомобиль скорой медицинской помощи класса А, необходимый для транспортировки пациентов в сопровождении медицинского персонала, следовательно, медицинская организация в целях реализации положений территориальной программы государственных гарантий субъекта не имела иной возможности для транспортировки пациентов, кроме как заключить соответствующий договор оказания услуг.

В силу ч. 7 ст. 35 Закона № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя в том числе расходы на оплату транспортных услуг.

Аналогичная норма содержится в Правилах ОМС, согласно которой в составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются затраты на приобретение транспортных услуг (подп. 5 п. 195).

Таким образом, расходы медицинской организации по транспортировке пациентов специально оборудованной машиной скорой медицинской помощи от стационара медицинской организации до иного медицинского учреждения и обратно, в том числе на сеансы заместительной почечной терапии методом гемодиализа, входят в структуру тарифа и оплачиваются за счет ОМС.

С учетом изложенного оспариваемые требования территориального фонда не могут быть признаны законными.

8. Взимание медицинской организацией с застрахованного лица платы за медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС, является основанием для привлечения медицинской организации к ответственности.

Медицинская организация оспорила в суде решение территориального фонда о назначении

ей наказания в виде штрафа за неоказание медицинской помощи, выразившееся во взимании платы с застрахованного лица за оказанную медицинскую помощь, входящую в территориальную программу ОМС.

Отказывая в удовлетворении заявленного требования, суд исходил из следующего.

В соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта стоматологическая помощь в случаях лечения и профилактики заболеваний зубов и полости рта оказывается жителям этого субъекта Российской Федерации бесплатно по ОМС.

Согласно ч. 2 ст. 19 Закона об основах охраны здоровья граждан каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с федеральной программой.

В силу п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы и территориальной программы государственных гарантий.

Судом установлено, что при оказании медицинской услуги застрахованному лицу медицинская организация не проинформировала его о том, что данная услуга входит в территориальную программу государственных гарантий субъекта и может быть оказана бесплатно.

В таких условиях оказание на платной основе медицинской услуги, входящей в территориальную программу государственных гарантий субъекта, означает фактический отказ медицинской организации в предоставлении медицинской помощи в рамках ОМС и ограничение права застрахованного лица на ее бесплатное получение.

С учетом изложенного суд пришел к выводу о правомерности вынесения территориальным фондом решения о назначении медицинской организации наказания в виде штрафа.

9. В случае, когда при оказании медицинских услуг застрахованному лицу бесплатно по ОМС данное лицо приобрело за свой счет лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, медицинская организация не лишается права на частичную оплату оказанных услуг из средств ОМС.

В рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС страховой медицинской организацией проведена медико-экономическая экспертиза оказанной медицинской помощи, по результатам которой выявлены дефекты медицинской помощи по двум случаям лечения катаракты с имплантацией интраокулярных линз, о чем составлен соответствующий акт.

На основании данного акта страховая медицинская организация удержала полную стои-

мость оказанных медицинских услуг. Медицинская организация, посчитав, что имеет право на частичную оплату этих случаев за счет средств ОМС, обратилась с претензией в территориальный фонд.

Решением территориального фонда претензия медицинской организации признана необоснованной.

Не согласившись с указанным решением, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании его незаконным.

Удовлетворяя заявленное требование медицинской организации, суд обратил внимание на следующее.

Согласно ч. 2 ст. 19 Закона об основах охраны здоровья граждан каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с федеральной программой, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Пунктом 1 ч. 2 ст. 20 Закона об ОМС установлено, что медицинские организации обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС.

Разделом III Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2023 г. № 2353, предусмотрено, что гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания при перечисленных в этом разделе заболеваниях и состояниях, в том числе болезни глаза и его придаточного аппарата.

Таким образом, при направлении лечащим врачом пациента в медицинское учреждение для лечения катаракты с имплантацией интраокулярной линзы весь комплекс медицинского обслуживания, включая расходный материал (интраокулярная линза отечественного производства), должен быть предоставлен пациенту в рамках программы ОМС бесплатно.

Судом установлено, что в рассматриваемых двух случаях застрахованные лица были направлены лечащими врачами на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС для лечения катаракты с имплантацией интраокулярной линзы отечественного производства. Однако застрахованные лица обратились с заявлениями о приобретении ими интраокулярных линз иностранного производства за свои средства. При этом все иные медицинские услуги (предоперационные, проведение операции и послеоперационные) оказаны медицинской организацией застрахованным лицам бесплатно в рамках ОМС.

С учетом данных обстоятельств суд пришел к выводу, что в рассматриваемом случае страховой медицинской организации следовало оплатить оказанные медицинские услуги, за исключением стоимости интраокулярных линз ино-

странного производства, в связи с чем удовлетворил требование медицинской организации и признал решение территориального фонда незаконным.

10. Описки и иные ошибки технического характера, допущенные медицинской организацией при ведении учетно-отчетной документации, не могут являться основанием для отказа в возмещении затрат на оказание медицинской помощи надлежащего качества.

Медицинской организацией в территориальный фонд направлен счет на оплату оказанной медицинской помощи по направлению врача в рамках территориальной программы ОМС.

На основании представленного медицинской организацией счета территориальным фондом проведена медико-экономическая экспертиза, по результатам которой медицинской организации отказано в возмещении затрат на оказание медицинской помощи ввиду выявления несоответствия данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе некорректного (неполного) отражения в реестре счета сведений медицинской документации.

Полагая заключение территориального фонда незаконным и нарушающим ее права и законные интересы, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании соответствующего заключения незаконным и об обязанности территориального фонда осуществить выплату по представленному счету.

Решением суда первой инстанции в удовлетворении заявленного требования отказано.

Судом апелляционной инстанции, оставленным без изменения судом кассационной инстанции, решение суда отменено, требования медицинской организации удовлетворены ввиду следующего.

На основании ч. 11 ст. 40 Закона № 326-ФЗ, п. 45 Порядка проведения контроля территориальный фонд вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Пункт 17 Порядка проведения контроля регламентирует действия, совершаемые при проведении медико-экономической экспертизы, и не может применяться или толковаться вне взаимосвязи с целями медико-экономической экспертизы, предусмотренными законом. Значение имеет, установлено ли в результате оценки по критериям организации и проведения контроля, предусмотренным данной нормой, нарушение объема или сроков медицинской помощи.

Следовательно, допущенные медицинской организацией нарушения, за которые преду-

смотрена возможность применения к ней штрафа, не могут носить формальный характер, а должны быть связаны с неоказанием, несвоевременным оказанием либо оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества.

При проведении медико-экономической экспертизы нарушений сроков и объема оказания медицинской организацией медицинской помощи не выявлено. При этом вмененное медицинской организации нарушение состояло в некорректном отражении в реестре счета сведений медицинской документации (сведения о номере медицинской карты стационарного больного содержались в разделе “сведения о случае”, а не в разделе “счет”).

Судами установлено, что территориальный фонд при проведении медико-экономической экспертизы, не установив факта несоответствия объема оказанной медицинской организацией медицинской помощи сведениям, указанным в счете на оплату, вопреки требованиям Порядка проведения контроля, вышел за пределы проведения медико-экономической экспертизы, необоснованно применил санкцию в виде стопроцентной неоплаты счетов и отказал медицинской организации в возмещении понесенных расходов за надлежащим образом оказанную медицинскую помощь.

Принимая во внимание отсутствие доказательств не оказания медицинской организацией медицинских услуг по проверенным случаям медицинской помощи, нарушения сроков и объема оказанной медицинской помощи, суды пришли к выводу, что медицинская организация допустила нарушения в результате ненадлежащего ведения учетно-отчетной документации, т.е. в процессе хозяйственной (экономической), а не медицинской деятельности.

Некорректное отражение в реестре счета сведений медицинской документации не может являться основанием для применения финансовых санкций (неоплаты) по п. 2.16.3 (некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи, поскольку такой формальный подход влечет нарушение прав и законных интересов медицинской организации, оказавшей надлежащую медицинскую помощь в установленные сроки и в необходимом объеме.

С учетом изложенного суды пришли к обоснованному выводу об отсутствии у территориального фонда правовых оснований для отказа в оплате оказанной медицинской организацией медицинской помощи.

11. Издержки, связанные с исполнением судебных актов о возмещении использованных не по целевому назначению средств ОМС, не входят в структуру тарифа ОМС и подлежат возврату в территориальный фонд.

Территориальным фондом в отношении медицинской организации проведена проверка использования средств ОМС за период с 1 января 2019 г. по 31 декабря 2020 г., по результатам ко-

торой установлено использование медицинской организацией средств ОМС не по целевому назначению, о чем составлен акт проверки.

Основанием для указанного вывода фонда явился установленный в ходе проверки факт списания средств отделом судебных приставов субъекта Российской Федерации на основании инкассового поручения со счета медицинской организации, открытого в том числе для учета операций со средствами ОМС, в погашение задолженности по исполнительному листу, выданному на исполнение решением арбитражного суда по другому делу о взыскании с медицинской организации в пользу фонда средств ОМС, использованных не по целевому назначению в предыдущий период.

Не согласившись с актом проверки фонда, медицинская организация оспорила его в судебном порядке.

Суды отказали в удовлетворении заявленного требования с учетом следующего.

Медицинские организации в силу п. 5 ч. 2 ст. 20 Закона № 326-ФЗ обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программой ОМС.

Пунктом 192 Правил ОМС 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 оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Соответственно, расходы по исполнению судебных актов о возмещении средств ОМС, ранее использованных медицинской организацией не по целевому назначению, не входят в состав тарифа на оплату медицинской помощи, так как данный вид расходов не связан с оказанием медицинской помощи, а является мерой ответственности в виде принуждения к возмещению сумм, использованных не по целевому назначению.

Доказательств, свидетельствующих о наличии объективных обстоятельств, затрудняющих своевременное исполнение медицинской организацией решения суда, а также о принятии заявителем достаточных мер по изысканию денежных средств, необходимых для исполнения судебного акта, им не представлено.

Кроме того, суды указали, что после возбуждения исполнительного производства медицинской организацией не были предприняты меры к предотвращению нецелевого использования денежных средств, в частности путем восстановления средств ОМС из иных предусмотренных законом источников.

С учетом изложенного правовых оснований для удовлетворения заявленных требований медицинской организации не имеется.

II. Споры, возникающие между Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и медицинскими организациями

12. Несоответствие решения Комиссии о перераспределении или об отказе в перераспределении объемов медицинской помощи критериям, установленным законодательством об ОМС, является основанием для признания его незаконным.

Медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС об отказе в перераспределении ей объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2021 год.

Удовлетворяя требование медицинской организации, суд отметил следующее.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС (ч. 10 ст. 36 Закона № 326-ФЗ).

Суд установил, что в увеличении объемов медицинской помощи отказано в виду того, что по дневному стационару из запланированного на год 2071 случая к оплате предъявлено 1727 случаев, из которых оплачены только 413.

Таким образом, объем выполнения медицинской организацией медицинской помощи за I полугодие 2021 г. рассчитан Комиссией исходя из оплаченных случаев.

Вместе с тем такой расчет является неверным, поскольку фактически выполненный объем медицинской помощи составляет 1727 случаев.

Хотя конкретная формула расчета объемов медицинской помощи, включаемых в территориальную программу ОМС, законодательно не определена, распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями должно осуществляться Комиссией по разработке территориальной программы ОМС не произвольно, а в соответствии с законодательно закрепленными критериями. Решение о выделении каждому медицинскому учреждению конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано как принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими организациями региона в пределах установленных территориальной программой ОМС объемов предоставления медицинской помощи, так и показателями, применимыми к конкретной медицинской организации.

Критерии, по которым Комиссией осуществляется распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, перечислены в п. 11 Положения о деятельности Комиссии и являются обязательными для исполнения.

Вместе с тем, оценивая заявку медицинской организации по увеличению объема медицинской помощи, Комиссия по разработке территориальной программы ОМС не учла указанные положения: не произвела расчет соотношения оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации (подп. 4 п. 11), не проверила количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинской организации (подп. 1 п. 11), не проверила наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи (подп. 6 п. 11).

Комиссия сделала вывод о выполнении объема предоставления медицинской помощи исходя лишь из оплаченных 413 случаев, не учитывая при этом фактически выполненный объем медицинской помощи (1727 случаев). Иных обоснований при отказе в перераспределении объемов медицинской помощи в решении не содержалось.

Таким образом, в данном случае решение об отказе медицинской организации в перераспределении объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2021 год принято Комиссией без учета критериев, установленных Положением о деятельности Комиссии, и, следовательно, являлось незаконным.

13. Неприятие Комиссией итогового решения по заявлению медицинской организации о перераспределении выделенных объемов медицинской помощи признается судом незаконным бездействием.

Медицинская организация направила в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС заявку на внесение изменений в плановые объемы медицинской помощи на 2021 год (перераспределение плановых объемов медицинской помощи между периодами (месяц, квартал).

По результатам рассмотрения заявки Комиссия приняла решение о вынесении ее на рассмотрение после получения результатов мониторинга выполнения объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС за I полугодие 2021 г.

Впоследствии медицинская организация по требованию Комиссии по разработке территориальной программы ОМС неоднократно направляла в ее адрес необходимые для рассмотрения заявки, пояснения и документы, однако окончательного решения по ней Комиссия так и не приняла.

Оценив указанные обстоятельства хода рассмотрения заявки как бездействие, нарушающее право на результативное обращение к Комиссии за корректировкой объема медицинской помощи, медицинская организация обратилась в суд

с заявлением о признании бездействия Комиссии незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требования заявителя удовлетворены, оспариваемое бездействие Комиссии по разработке территориальной программы ОМС признано незаконным, на Комиссию возложена обязанность повторно рассмотреть заявку медицинской организации в установленный срок. При этом суды исходили из следующего.

Согласно Положению о деятельности Комиссии она распределяет на отчетный год и перераспределяет в течение года объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи до 1 января года, на который осуществляется распределение, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в году, на который формируется территориальная программа ОМС) (подп. 3 п. 4).

Порядок распределения и корректировки объемов медицинской помощи, обстоательства, подлежащие учету при их проведении, установлены в пп. 8, 9 Положения о деятельности Комиссии.

Указанные положения свидетельствуют о праве медицинской организации как участника ОМС при необходимости подать заявку в Комиссию на перераспределение объемов медицинской помощи. Корреспондирующей указанному праву является обязанность Комиссии принять по такой заявке соответствующее решение. При этом Комиссия должна привести обоснование решения. Положение о деятельности Комиссии не допускает принятия Комиссией произвольного решения, не обеспечивающего права заинтересованного лица на получение информации о фактических и юридических основаниях его принятия.

Судами установлено, что заявка медицинской организации была предметом обсуждения рабочей группы Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, по ней имело место промежуточное решение Комиссии об отложении рассмотрения обращения до получения результатов мониторинга за I полугодие 2021 г., о запросе у заявителя дополнительной информации, о получении заключения внештатного специалиста по заявке о необходимости выделения

объемов медицинской помощи. Однако сведений о том, что после устранения обстоятельств, послуживших основанием для принятия промежуточного решения, Комиссия рассмотрела обращение медицинской организации и приняла по нему соответствующее итоговое решение, в материалах дела не содержится.

Действующее законодательство не препятствует Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в случае поступления заявки на перераспределение объемов медицинской помощи принимать меры к выяснению необходимых для принятия решения обстоятельств. Вместе с тем такая корректировка затрагивает не только интересы профессиональных участников ОМС, но и интересы застрахованных лиц, что обуславливает потребность в оперативном рассмотрении таких вопросов.

В данном случае Комиссия, воспользовавшись полномочием на выяснение дополнительных обстоятельств, в итоге решение по заявке не приняла, фактически уклонившись от его принятия.

Таким образом, суды обоснованно согласились с доводами заявителя о бездействии Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и признали его незаконным.

14. Для выделения дополнительных объемов медицинской помощи медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС, необходимо представить доказательства обоснованности и законности запрашиваемых объемов.

Медицинская организация обратилась в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС с заявлением о выделении дополнительных объемов стоматологической помощи на текущий календарный год, однако получила отказ.

Полагая, что указанное решение Комиссии нарушает права и интересы медицинской организации в сфере предпринимательской деятельности и деятельности ОМС, поскольку создает препятствия для получения денежных средств на оплату фактически уже оказанных медицинской организацией в рамках территориальной программы ОМС стоматологических услуг, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании его незаконным.

Решением суда первой инстанции заявленные требования удовлетворены.

Определением суда апелляционной инстанции, оставленным без изменения судом кассационной инстанции, решение суда отменено, в удовлетворении требования медицинской организации отказано ввиду следующего.

Согласно п. 1 ч. 1 ст. 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 указанным Законом.

При этом объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС (ч. 10 ст. 36 Закона № 326-ФЗ).

Судами установлено, что распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации осуществлялось Комиссией с учетом критериев, установленных в п. 11 Положения о деятельности Комиссии, а также исходя из потребности застрахованных лиц в стоматологических услугах, фактически выполненных объемов медицинской помощи за предыдущий период и с учетом данных медицинской статистики.

Вместе с тем представленные медицинской организацией в обоснование своих требований документы содержали недостоверные и противоречивые сведения относительно расходования денежных средств ОМС. При этом документов, подтверждающих повышение заболеваемости, увеличение тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменение их структуры по полу и возрасту, медицинской организацией не представлено.

Приведенные обстоятельства свидетельствовали о том, что медицинской организацией не доказана обоснованность требований об увеличении объемов медицинской помощи. Само по себе несогласие заявителя с утвержденными объемами не свидетельствует о том, что принятым Комиссией решением нарушены нормы законодательства Российской Федерации.

С учетом изложенного основания для удовлетворения требований медицинской организации отсутствовали.

III. Споры, возникающие между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь

15. Страховая медицинская организация не наделяется правом по корректировке (перераспределению) объемов предоставления медицинской помощи, предусмотренных для медицинской организации, и не вправе производить оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу сверх объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

В рамках исполнения договора на оказание и оплату услуг медицинской помощи по ОМС медицинская организация предъявила страховой медицинской организации счета на оплату ме-

дицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по ОМС.

По результатам проведенного медико-экономического контроля данных счетов страховой медицинской организацией принято решение об оплате указанных счетов не в полном объеме в связи с предъявлением к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленно-го решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Не согласившись с указанным решением страховой медицинской организации, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о взыскании задолженности по договору.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, заявленное требование удовлетворено.

Верховный Суд РФ отменил принятые судебные акты и отказал медицинской организации в удовлетворении ее требования в связи со следующими.

В соответствии с ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

Согласно п. 121 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется по тарифам в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, и в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи.

Исходя из содержания приведенных норм, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, за пределами объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, не предусмотрена.

Таким образом, и Закон об ОМС, и принятые во исполнение его требований Правила ОМС, детализирующие порядок оплаты медицинской помощи по ОМС, не наделяют страховые медицинские организации полномочиями по корректировке (пересмотру) объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии для конкретной медицинской организации, а также не обязывают страховые медицинские организации осуществлять оплату счетов за оказанную за пределами таких объемов медицинскую помощь.

На основании п. 10 ч. 2 ст. 38, п. 2 ч. 3 ст. 39 Закона об ОМС осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях относится к обязанностям страховой медицинской организации.

По Закону об ОМС такой контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (ч. 2 ст. 40).

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по ОМС в целях в том числе проверки соответствия оказанной медицинской помощи территориальной программе ОМС, условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, а также в целях установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии (п. 11 Порядка проведения контроля).

Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) согласно подп. 1 п. 75 Порядка проведения контроля являются неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи.

В соответствии с п. 1.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, является основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Как следует из материалов дела, отказ страховой медицинской организации в оплате оказанной медицинской помощи в полном объеме осуществлен по результатам медико-экономического контроля и по указанному правовому основанию.

Кроме того, принятие решений по распределению объемов предоставления медицинской помощи, их оперативной корректировке, распределению финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями относится к полномочиям Комиссии.

Таким образом, правовых оснований для удовлетворения требований медицинской организации о взыскании задолженности по договору не имелось.

16. По общему правилу в оплате медицинской помощи сверх распределенного объема ее предоставления, предусмотренного решением Комиссии, может быть отказано, если в установленном порядке объем медицинской помощи перераспределен не был.

Между медицинской организацией и страховой медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, по условиям которого медицинская организация обязалась оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая организация — оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

С марта по июль 2019 г. медицинская организация оказала медицинскую помощь сверх установленных объемов в связи с возросшей потребностью проведения диагностики застрахованных лиц.

Медицинская организация направила страховой медицинской организации дополнительные счета и реестры счетов за указанные медицинские услуги, которые были возвращены по причине превышения объемов медицинской помощи и нарушения сроков предоставления счетов.

Медицинская организация обратилась в суд с заявлением о взыскании денежных средств в счет оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Решением суда первой инстанции требования медицинской организации удовлетворены.

Судом апелляционной инстанции решение суда первой инстанции отменено, в удовлетворении заявления отказано.

Суд кассационной инстанции не согласился с выводами суда апелляционной инстанции и оставил в силе решение суда первой инстанции.

Верховный Суд РФ поддержал подход суда апелляционной инстанции, обратив внимание на следующее.

На основании ч. 14 ст. 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.

Согласно ч. 1 ст. 40 Закона № 326-ФЗ контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены программами ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, проводится в соответствии с утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, устанавливающим в том числе формы его проведения, его продолжительность, периодичность.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (ч. 2 ст. 40 Закона № 326-ФЗ).

К нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, являющимся основанием для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), относится предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии (п. 1.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи).

Таким образом, счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, должны представляться медицинской организацией в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медицинской помощи; действующим законодательством предусмотрены необходимые правовые инструменты для обоснованной корректировки распределенного Комиссией объема медицинской помощи в целях надлежащего исполнения обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС сторонами этого договора.

Поскольку медицинской организацией оказаны услуги с превышением объемов предоставления медицинской помощи, счета и реестры счетов на спорную сумму не прошли контроль в территориальном фонде, а медицинская организация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи, то у медицинской организации отсутствовало право на истребование у страховой медицинской организации спорной суммы.

17. Медицинская организация может получить оплату за оказанные медицинские услуги сверх установленных объемов ее предоставления по ОМС в случае оказания таких услуг в экстренной форме.

Пример 1. Медицинская организация обратилась в суд с требованием о взыскании со страховой медицинской организации денежных средств в счет оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной форме. К участию в деле в качестве лица, не заявляющего самостоятельные требования, привлечена Комиссия по разработке территориальной программы ОМС.

Медицинская организация полагала, что поскольку оказанная медицинская помощь (диагноз — острый тонзиллит) является экстренной, при которой невозможно перенаправить пациента в другие медицинские организации либо установить очередность, а отказ в ее оказании не допускается, то оказанная помощь даже при превышении объемов финансового обеспечения подлежит оплате.

Удовлетворяя заявленные требования, суд исходил из следующего.

Пунктом 121 Правил ОМС предусмотрено, что оплата медицинской помощи застрахованному лицу осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, и в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи.

Согласно п. 1.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, является основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Формами оказания медицинской помощи являются: экстренная, неотложная и плановая (ч. 4 ст. 32 Закона об основах охраны здоровья граждан).

В силу п. 1 ч. 4 ст. 32 Закона об основах охраны здоровья граждан экстренной является помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается (ч. 2 ст. 11 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Таким образом, медицинская помощь по ОМС может оказываться медицинской организацией как в момент обращения (безотлагательно), так и в плановом порядке (по очереди).

Согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите, утвержденному приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1505н¹, формой оказания медицинской помощи пациентам с таким диагнозом является экстренная форма.

Приведенные нормы свидетельствуют о том, что оказанная медицинской организацией медицинская помощь не могла быть отложена (оказана в порядке очередности), перенесена на другой период (месяц) в пределах доведенных объемов в соответствии с решением Комиссии, так как не являлась плановой.

Оказание медицинской помощи с превышением выделенных лимитов по ОМС в данном случае было для медицинской организации вынужденным, а потому оно не может влечь последствий, предусмотренных п. 1.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

Кроме того, судом установлено, что медицинская организация обращалась в Комиссию с заявлением на увеличение объемов медицинской помощи по профилю “оториноларингология”, мотивировав ее тем, что она включена в перечень медицинских организаций, оказывающих экстренную специализированную медицинскую помощь пациентам с острым тонзиллитом. Однако Комиссия ошибочно спрогнозировала отсутствие оснований для увеличения объемов медицинской помощи в отношении медицинской организации.

Таким образом, медицинская организация, анализируя складывающуюся динамику оказания медицинской помощи по профилю “оториноларингология”, своевременно предпринимала меры к увеличению предоставленных ей объемов оказания медицинской помощи, распределяемых Комиссией, т.е. действовала добросовестно.

При этом само по себе необжалование со стороны медицинской организации отказного решения Комиссии не препятствует ей реализовать право на получение оплаты за оказанную медицинскую помощь, поскольку в данном случае медицинская помощь оказывалась в экстренной форме, отказ в предоставлении которой не допускается.

¹ В редакции, действовавшей на день возникновения спорных правоотношений.

С учетом изложенного требования медицинской организации подлежали удовлетворению.

Пример 2. Медицинская организация обратилась в суд с заявлением о взыскании со страховой медицинской организации денежных средств в счет оплаты медицинской помощи, оказанной сверх объема ее предоставления.

Отказывая в удовлетворении заявленных требований, суд исходил из того, что медицинская помощь оказана в плановой форме, доказательств оказания медицинской помощи в экстренной форме не представлено, медицинская организация не обращалась с заявлением в Комиссию на увеличение объемов медицинской помощи.

Плановая медицинская помощь оказывается при заболеваниях, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью (п. 3 ч. 4 ст. 32 Закона об основах охраны здоровья граждан). Плановая медицинская помощь оказывается в порядке очередности, что соответствует федеральной программе и не является отказом в оказании медицинской помощи.

Согласно п. 1 ч. 2 ст. 79 Закона об основах охраны здоровья граждан медицинская организация, участвующая в реализации федеральной программы, обязана предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с федеральной программой.

Таким образом, в отсутствие объемов финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи (конкретных медицинских услуг) по программе ОМС медицинская организация была обязана проинформировать граждан о возможности получения необходимой медицинской помощи в других медицинских организациях, оказывающих аналогичную помощь в рамках ОМС.

С учетом изложенного страховая медицинская организация правомерно отказала медицинской организации в оплате счетов медицинской помощи, оказанной сверх объема ее предоставления.

18. Превышение медицинской организацией в отдельном месяце объемов медицинской помощи не исключает оплату оказанных медицинских услуг при соблюдении ею годовых лимитов финансирования, установленных территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией между медицинскими организациями.

Между медицинской организацией и страховой медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

За оказанные в период с февраля по декабрь 2018 г. услуги медицинская организация предъявляла страховой медицинской организации реестры и счета.

Каждый месяц страховая медицинская организация проводила контроль счетов: часть страховых случаев не принимала и не оплачивала со

ссылкой на превышение плановых объемов в отдельных месяцах, но не за год.

Ссылаясь на истечение сроков, установленных договором для оплаты оказанных медицинских услуг, на неисполнение страховой медицинской организацией обязательств по оплате, медицинская организация обратилась в суд с заявлением о взыскании со страховой медицинской организации соответствующей суммы задолженности.

Суд первой инстанции пришел к выводу, что медицинская организация оказывала медицинскую помощь за пределами установленных лимитов, и в удовлетворении требования отказал.

Суд апелляционной инстанции, с которым согласился суд кассационной инстанции, отменил решение суда первой инстанции, требование медицинской организации о взыскании задолженности удовлетворил, поскольку годовой лимит финансирования медико-санитарной части в данном случае не превышен, соответственно, отказ страховой медицинской организации оплатить стоимость оказанных медицинских организацией медицинских услуг в пределах установленных для нее годовых объемов является неправомерным.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС).

Объем предоставления медицинской помощи является условием договора и не может быть изменен в одностороннем порядке. Счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, должны предъявляться медицинской организацией к оплате в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медицинской помощи.

С учетом положений п. 130 Правил ОМС страховая медицинская организация должна ежемесячно оплачивать медицинскую помощь, оказанную медицинской организацией, а при превышении планового месячного объема уменьшать сумму финансирования медицинской организации на следующий месяц, но в пределах годового объема финансовых средств, установленного решением Комиссии на соответствующий год.

Таким образом, само по себе превышение медицинской организацией в отдельном месяце объемов оказанной медицинской помощи при соблюдении годовых лимитов финансирования, установленных территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС между медицинскими организациями, не может служить основанием для отказа в оплате оказанных медицинских услуг.

19. Основанием для взыскания с медицинской организации денежных средств (аванса), полученных по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, является невыполнение объемов медицинской помощи.

Пример 1. В декабре 2021 г. между территориальным фондом, страховой медицинской организацией и медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на 2022 год.

На оплату указанной медицинской помощи страховой медицинской организацией в адрес медицинской организации направлены целевые средства, в том числе в виде авансирования. Часть аванса направлена в качестве средств опережающего авансирования.

По окончании 2022 года выявлена задолженность медицинской организации по средствам авансирования медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Направленная в адрес медицинской организации претензия с требованием возврата целевых денежных средств (аванса) осталась без удовлетворения, что послужило основанием для обращения страховой медицинской организации в суд с соответствующим заявлением.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требование страховой медицинской организации удовлетворено.

Согласно положениям п. 130 Правил ОМС в случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, над размером счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, указанные средства подлежат возврату в территориальный фонд в последующие месяцы текущего года при возврате медицинской организацией средств в страховую медицинскую организацию, или на сумму указанного превышения страховой медицинской организацией уменьшается сумма аванса (окончательного расчета), представляемого страховой медицинской организацией в следующие периоды, и указанные средства учитываются страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в следующем периоде.

Условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС предусмотрено, что при расторжении (прекращении) договора стороны производят окончательный расчет в течение двадцати рабочих дней со дня прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт.

Согласно абз. 1 ст. 309 ГК РФ обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требо-

ваниями закона, иных правовых актов. Односторонний отказ от исполнения обязательства, одностороннее изменение его условий не допускаются, за исключением случаев, предусмотренных законом (п. 1 ст. 310 ГК РФ).

Суды установили, что расчеты между страховой медицинской организацией и медицинской организацией за 2022 год не завершены по причине неисполнения медицинской организацией своих обязательств. У медицинской организации имеется задолженность по средствам авансирования медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Заявленная страховой медицинской организацией сумма задолженности подтверждается подписанным сторонами актом сверки за 2022 год. В то же время доказательств использования всех денежных средств (аванса) по целевому назначению медицинской организацией не представлено.

Таким образом, основанием для взыскания с медицинской организации денежных средств (аванса), полученных по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, является невыполнение объемов медицинской помощи, подтвержденное счетами на их оплату, что свидетельствует о доказанности заявленных страховой медицинской организацией требований.

Пример 2. Не использованные за отчетный период медицинской организацией денежные средства ОМС были квалифицированы судом как неосновательное обогащение.

Страховая медицинская организация обратилась в суд с заявлением о взыскании с медицинской организации не израсходованных в течение отчетного периода денежных средств ОМС.

Удовлетворяя заявленное требование, суд исходил из следующего.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить оказанную медицинскую помощь (п. 1 ч. 2, ч. 2¹ ст. 39 Закона об ОМС).

Согласно п. 1 ст. 1102 ГК РФ лицо, которое без установленных законом, иными правовыми актами или сделкой оснований приобрело или сберегло имущество (приобретатель) за счет другого лица (потерпевшего), обязано возвратить последнему неосновательно приобретенное или сбереженное имущество (неосновательное обогащение), за исключением случаев, предусмотренных ст. 1109 ГК РФ.

Пунктом 2 этой же статьи предусмотрено, что обязанность возвратить неосновательное обогащение возникает независимо от того, явилось ли неосновательное обогащение результатом поведения приобретателя имущества, самого потерпевшего, третьих лиц или произошло помимо их воли.

В силу подп. 4 ст. 1109 ГК РФ не подлежат возврату в качестве неосновательного обогащения денежные суммы и иное имущество, предоставленные во исполнение несуществующего обязательства, если приобретатель докажет, что лицо, требующее возврата имущества, знало об отсутствии обязательства либо предоставило имущество в целях благотворительности.

Поскольку медицинская организация доказательств оказания медицинских услуг на спорную сумму не представила, указанная сумма подлежит возврату в качестве неосновательного обогащения.

IV. Споры, возникающие между страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом

20. У территориального фонда отсутствуют основания для предоставления страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации в случае необоснованности объема дополнительно запрашиваемых средств.

Пример 1. В рамках договора о финансовом обеспечении ОМС, заключенного между территориальным фондом и страховой медицинской организацией, последняя обратилась в территориальный фонд за выделением дополнительных средств из нормированного страхового запаса для оплаты медицинской помощи по ОМС.

Отказ территориального фонда в удовлетворении указанного требования послужил основанием для обращения страховой медицинской организации в суд с заявлением о признании решения территориального фонда незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, в удовлетворении заявления отказано.

В случае превышения установленного в соответствии с Законом об ОМС для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту территориальный фонд принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда (ч. 6 ст. 38 Закона об ОМС).

Согласно ч. 7 ст. 38 Закона об ОМС обращение страховой медицинской организации за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда рассматривается территориальным фондом одновременно с

отчетом страховой медицинской организации об использовании целевых средств.

Решение о предоставлении средств из нормированного страхового запаса территориального фонда принимается территориальным фондом после проведения проверки в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации. Срок проведения проверки не может превышать 10 рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации за предоставлением ей указанных средств. Предоставление данных средств осуществляется не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки (ч. 8 ст. 38 Закона об ОМС).

Из изложенного следует, что законодательством предусмотрен определенный порядок для предоставления страховой медицинской организации целевых средств сверх установленного объема из нормированного объема страхового запаса территориального фонда.

В силу п. 2 ч. 9 ст. 38 Закона об ОМС основанием для отказа в предоставлении страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации является необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Судами установлено, что результатами проведения территориальным фондом внеплановой проверки не подтверждена обоснованность запрашиваемых средств.

Таким образом, у территориального фонда отсутствовали основания для предоставления страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации в связи с необоснованностью объема дополнительно запрашиваемых средств.

С учетом изложенного правовые основания для признания решения территориального фонда незаконным отсутствовали.

Пример 2. Страховая медицинская организация обратилась в территориальный фонд за предоставлением дополнительного объема денежных средств из нормированного страхового запаса территориального фонда, мотивировав это необходимостью исполнения обязанности, установленной договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, по дополнительному авансированию оказания медицинской организацией медицинских услуг.

Отказ территориального фонда перечислить страховой медицинской организации целевые средства финансирования послужил основанием для обращения страховой медицинской организации в суд с соответствующим заявлением.

Удовлетворяя заявленное требование, суды отметили следующее.

Частью 8¹ ст. 35 Закона № 326-ФЗ предусмотрено, что в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство РФ вправе установить особенности реализации базовой программы ОМС.

В условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, Правительством РФ принято Постановление от 3 апреля 2020 г. № 432, которым регламентирован ряд мер финансовой поддержки медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и вынужденно приостановивших (ограничивших) работу в связи с ограничительными мерами, введенными в целях недопущения распространения коронавирусной инфекции.

Подпунктом “н” п. 1 Постановления от 3 апреля 2020 г. № 432 (в редакции постановления Правительства РФ от 3 декабря 2020 г. № 1995 “О внесении изменений в пункт 1 постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432”) медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС, осуществляют расходы по оплате труда своих работников, уплате налогов и сборов, страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации, и расходов, связанных с оплатой коммунальных услуг и содержанием имущества, за счет средств ОМС независимо от объема оказанной ими медицинской помощи. Указанные медицинские организации в дополнение к постоянным расходам могут осуществлять расходы на цели, предусмотренные ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС и связанные с необходимостью надлежащего исполнения принятых ими обязательств по заключенным гражданско-правовым договорам, за счет средств ОМС независимо от объема оказанной ими медицинской помощи в размере, не превышающем 5% размера постоянных расходов медицинской организации за соответствующий период. На сумму оплаты расходов, указанных в данном подпункте, уменьшается сумма кредиторской задолженности медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, перед страховыми медицинскими организациями.

По смыслу приведенных правовых норм финансовая поддержка в период действия ограничительных мер и приостановления оказания медицинской помощи была направлена исключительно на минимизацию негативных последствий от приостановления деятельности в рамках программ ОМС и невыполнения запланированных для организации объемов медицинской помощи.

Территориальный фонд не оспаривал статьи расходов медицинской организации в заявленном размере и не представил доказательств наличия оснований, предусмотренных ч. 9 ст. 39 Закона № 326-ФЗ, для отказа в оплате дополни-

тельных расходов из нормированного страхового запаса.

Принимая во внимание изложенные обстоятельства, руководствуясь приведенными нормативными положениями Постановления от 3 апреля 2020 г. № 432, а также ст.ст. 309, 310 ГК РФ, суды пришли к выводу о том, что территориальный фонд в данном случае был не вправе отказать страховой медицинской организации в выделении целевых средств в сумме дополнительного авансирования оказанных медицинской организацией медицинских услуг.

Пример 3. Страховая медицинская организация обратилась в суд с заявлением к территориальному фонду о признании незаконным решения об отказе в выделении дополнительных объемов финансового обеспечения медицинской помощи за счет нормированного страхового запаса территориального фонда.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требование страховой медицинской организации удовлетворено.

Суды обратили внимание на следующее.

Законом об ОМС предусмотрены два различных механизма оплаты медицинской помощи, оказанной с превышением установленного объема средств, предусмотренных на оплату медицинской помощи.

Первый из них в соответствии с чч. 6—8 ст. 38 Закона об ОМС предусмотрен для случаев, когда превышение установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи вызвано повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту; реализуется по обращению страховой медицинской организации; финансируется за счет и в пределах нормированного страхового запаса территориального фонда.

Второй механизм (реализуемый по инициативе медицинских организаций) состоит в распределении (перераспределении) объемов предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Судами установлено, что в связи с повышенной заболеваемостью и увеличением количества застрахованных лиц страховая медицинская организация обратилась в территориальный фонд с ходатайством о выделении дополнительного объема финансового обеспечения медицинской помощи, однако получила отказ.

Частью 9 ст. 38 Закона об ОМС предусмотрены исчерпывающие основания для отказа в предоставлении страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи, однако территориальный фонд не представил доказательств их наличия.

Исследовав имеющиеся в материалах дела доказательства, суды пришли к выводу об отсут-

ствии оснований для отказа в предоставлении дополнительного финансирования из нормированного страхового запаса. Доказательств обоснованности такого решения территориальным фондом в материалы дела не представлено.

С учетом изложенного решение территориального фонда являлось незаконным.

21. По общему правилу на территориальный фонд не может быть возложена обязанность к возмещению убытков в виде пени, возникших у страховой медицинской организации вследствие просрочки исполнения своего обязательства перед медицинской организацией.

Страховая медицинская организация обратилась в суд с требованием о взыскании с территориального фонда убытков в размере пеней, уплаченных медицинской организации за просрочку исполнения обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В обоснование требования страховая медицинская организация указала на неисполнение территориальным фондом своей обязанности по своевременному перечислению целевых денежных средств в страховую медицинскую организацию для оплаты оказанной медицинской помощи по программе ОМС, что явилось причиной возникновения задолженности перед медицинской организацией и основанием для начисления пеней.

Отказывая в удовлетворении заявленного требования, суд обратил внимание на следующее.

В силу п. 1 ст. 15 ГК РФ лицо, право которого нарушено, может требовать полного возмещения причиненных ему убытков, если законом или договором не предусмотрено возмещение убытков в меньшем размере.

По делам о возмещении убытков истец обязан доказать, что ответчик является лицом, в результате действий (бездействия) которого возник ущерб, а также факты нарушения обязательства или причинения вреда, наличие убытков (п. 12 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 25 “О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации”).

Таким образом, обязанность по возмещению убытков может быть возложена на территориальный фонд при доказанности ненадлежащего исполнения фондом своих полномочий при условии, что это обусловило наступление неблагоприятных последствий для страховой медицинской организации в ее отношениях с третьими лицами, включая медицинские организации.

Судом установлено, что территориальный фонд принял все необходимые меры по своевременному предоставлению денежных средств из нормированного страхового запаса в адрес страховой медицинской организации и не уклонялся от их перечисления.

При таких обстоятельствах причинно-следственная связь между действиями территориаль-

ного фонда и возникшими у страховой медицинской организации убытками отсутствует.

Учитывая изложенное, правовых оснований для переложения на территориальный фонд гражданско-правовой ответственности в виде уплаченных пеней за допущенную страховой медицинской организацией просрочку исполнения обязательств перед медицинской организацией не имеется.

V. Ответственность участников ОМС

22. Начисление пени в случае несвоевременного возврата медицинской организацией использованных не по целевому назначению средств ОМС осуществляется по истечении 10 рабочих дней со дня предъявления к ней территориальным фондом соответствующего требования.

Территориальным фондом проведена плановая проверка использования медицинской организацией средств, направленных на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС, в ходе которой установлено нецелевое использование средств в связи с выплатой заработной платы работникам по должностям провизор и фармацевт, деятельность которых не относится к медицинской.

По результатам ее проведения территориальным фондом составлен акт проверки об использовании медицинской организацией средств ОМС не по целевому назначению, содержащий требование о возврате указанных средств территориальному фонду и об уплате штрафа в соответствии с ч. 9 ст. 39 Закона № 326-ФЗ, а также о начислении пени.

Неисполнение медицинской организацией изложенных в акте требований послужило основанием для обращения территориального фонда с соответствующим заявлением в суд.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требования территориального фонда удовлетворены, с медицинской организации в пользу территориального фонда взысканы средства ОМС, использованные не по целевому назначению, а также штраф и пени.

Судебные инстанции проверили довод медицинской организации о том, что акт проверки нарушает права медицинской организации, поскольку она полагала, что требование о возврате средств, использованных не по целевому назначению, должно направляться медицинской организации отдельно после проведения проверки.

Не согласившись с доводами медицинской организации, суды обратили внимание на следующее.

В силу п. 8.18 Типового положения, утвержденного приказом № 524н, территориальный фонд предъявляет к медицинской организации требования о возврате в бюджет территориального фонда средств, перечисленных медицинской организацией по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, использованных не по целевому назначению.

При наличии фактов нецелевого использования средств ОМС, выявленных в ходе проверки, в итоговую часть акта включается обобщенная информация о направлениях и суммах нецелевого использования средств ОМС с требованием о возврате медицинской организацией средств ОМС, использованных не по целевому назначению, и уплате штрафа (абз. 2 п. 42.3 Порядка контроля за использованием средств ОМС). Таким образом, территориальный фонд наделен правом включить указанное требование о возврате средств в акт проверки.

Согласно ч. 9 ст. 39 Закона № 326-ФЗ средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Таким образом, пени начисляются по истечении 10 рабочих дней со дня предъявления к медицинской организации территориальным фондом соответствующего требования, т.е. по истечении установленного законом срока для добровольного исполнения обязательства перед территориальным фондом.

На основании изложенного суды пришли к выводу об обоснованности включения территориальным фондом в заключительную часть акта проверки требования о возврате средств ОМС, использованных не по целевому назначению, а также штрафа и пени, начисляемых по истечении 10 рабочих дней со дня предъявления к медицинской организации территориальным фондом соответствующего требования.

23. Суд вправе снизить размер пеней, предъявленных территориальным фондом к взысканию с медицинской организации за использование средств ОМС не по целевому назначению, с учетом характера совершенного правонарушения и явной несоразмерности последствиям нарушения обязательства.

В ходе плановой проверки медицинской организации на предмет использования целевых средств территориальным фондом выявлено использование средств ОМС не по целевому назначению, о чем составлен соответствующий акт проверки.

Неисполнение медицинской организацией требования о возврате средств ОМС, использованных не по целевому назначению, явилось основанием для обращения территориального фонда в суд с заявлением о взыскании денежных средств ОМС в размере 5 735 492 руб., использованных не по целевому назначению, и пеней в размере 2 379 612 руб.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требование территориального фонда удовлетворены частично, сумма пеней снижена до 500 000 руб., в удовлетворении остальной части требований отказано ввиду следующего.

В соответствии с ч. 9 ст. 39 Закона № 326-ФЗ 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% от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

Установленная данной нормой ответственность является договорной, в связи с чем к отношениям сторон, связанным с уплатой пеней, применимы положения Гражданского кодекса РФ о неустойке.

В силу положений п. 1 ст. 333 ГК РФ, если подлежащая уплате неустойка явно несоразмерна последствиям нарушения обязательства, суд вправе ее уменьшить.

Согласно п. 75 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 24 марта 2016 г. № 7 “О применении судами некоторых положений Гражданского кодекса Российской Федерации об ответственности за нарушение обязательств” при оценке соразмерности неустойки последствиям нарушения обязательства необходимо учитывать, что никто не вправе извлекать преимущества из своего незаконного поведения, а также то, что неправомерное пользование чужими денежными средствами не должно быть более выгодным для должника, чем условия правомерного пользования. Доказательствами обоснованности размера неустойки могут служить, в частности, данные о среднем размере платы по краткосрочным кредитам на пополнение оборотных средств, выдаваемым кредитными организациями лицам, осуществляющим предпринимательскую деятельность, а также о показателях инфляции за соответствующий период.

С учетом статуса медицинской организации как социально значимого объекта, характера и обстоятельств выявления совершенного правонарушения, степени вины медицинской организации, а также исходя из принципов справедливости и соразмерности ответственности допущенному нарушению, суды пришли к выводу о необходимости снижения размера пеней, подлежащих взысканию с медицинской организации.

24. Применение территориальным фондом к страховой медицинской организации штрафных санкций за непредъявление регрессных исков может быть признано правомерным только при наличии доказательств, свидетельствующих об осведомленности страховой медицинской организации об обстоятельствах, влекущих предъявление регрессных исков, и уклонения от их предъявления.

Пример 1. Между территориальным фондом и страховой медицинской организацией заключен договор о финансовом обеспечении ОМС, которым предусмотрено, что страховая медицинская организация на основании положений ст. 31 Закона об ОМС обязуется принимать меры по возмещению средств, затраченных на

оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица. По условиям договора ответственность страховой медицинской организации за непредъявление исков по возмещению указанных расходов (регрессных исков) при наличии у нее информации, необходимой для их предъявления, установлена в виде уменьшения финансирования на размер выплаченной суммы.

Территориальным фондом проведена плановая комплексная проверка деятельности страховой медицинской организации, в ходе которой выявлено непредъявление регрессных исков на общую сумму 2 179 181,37 руб., в связи с чем финансирование страховой медицинской организации уменьшено на указанную сумму.

Не согласившись с выводами территориального фонда, страховая медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании недействительным акта проверки в части признания незаконным факта непредъявления регрессных исков, поскольку страховая медицинская организация не располагала информацией, необходимой для их предъявления.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, требование страховой медицинской организации удовлетворено ввиду следующего.

Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи осуществляется страховой медицинской организацией, Федеральным фондом ОМС на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом (ч. 2 ст. 31 Закона № 326-ФЗ).

Как установлено территориальным фондом при проведении проверки, иски по возмещению расходов в порядке регресса к причинителям вреда страховой медицинской организацией не предъявлялись. Указанные суммы взысканы с причинителей вреда по искам территориального фонда.

Привлекая страховую медицинскую организацию к ответственности в виде наложения финансовых санкций, территориальный фонд исходил из нарушения страховой медицинской организацией договорных обязательств, в соответствии с которыми страховая медицинская организация обязана принимать меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица.

Вместе с тем из содержания договора следует, что страховая медицинская организация несет ответственность в случае непредъявления исков при наличии соответствующей информации у страховой медицинской организации.

Доказательства того, что страховая медицинская организация располагала информацией достаточной для подачи в суд заявлений о возмещении ущерба, в деле отсутствовали.

Получить такую информацию из соответствующих судебных актов, размещенных на сайтах судов, на чем настаивал территориальный фонд, не представлялось возможным ввиду ограниченного доступа к ней в соответствии с Федеральным законом от 22 декабря 2008 г. № 262-ФЗ “Об обеспечении доступа к информации о деятельности судов в Российской Федерации”.

Согласно ст. 7 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных” операторы и иные лица, получившие доступ к персональным данным, обязаны не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Таким образом, доказательства объективной возможности исполнения страховой медицинской организацией обязанности, возложенной на нее договором, отсутствовали.

При этом предъявление регрессного иска со стороны прокуратуры или территориального фонда исключает возможность предъявления аналогичного иска со стороны страховой медицинской организации, поскольку возмещение расходов системы ОМС в двойном (или тройном) размере законодательством не предусмотрено.

Ввиду изложенного основания для привлечения страховой медицинской организации к ответственности за непредъявление исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) в виде уменьшения финансирования на размер выплаченной суммы отсутствовали.

Пример 2. Уменьшение финансирования страховой медицинской организации ввиду принятия мер по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи, повлекшей причинение вреда здоровью застрахованных лиц, выразившееся в непредъявлении регрессных исков, было признано судом обоснованным, поскольку страховая медицинская организация располагала информацией о причинении медицинской организацией вреда застрахованным лицам.

Суд установил, что территориальным фондом в адрес страховой медицинской организации направлялась информация правоохранительных органов о совершении противоправных действий, содержащая номер уголовного дела, ФИО лица, совершившего преступление, ФИО и дату рождения потерпевшего, период совершения преступления, наименование медицинской организации, в которой была оказана медицинская помощь.

25. По спорам, возникающим между территориальными фондами при реализации государственной политики в сфере ОМС, положения ст. 395 ГК РФ не применяются.

Медицинская организация г. Санкт-Петербурга, оказавшая медицинскую помощь пациентке, застрахованной в Вологодской области, выставила территориальному фонду Санкт-Пе-

тербурга счета за оказанные медицинские услуги, которые были оплачены.

Территориальный фонд Санкт-Петербурга направил счет территориальному фонду Вологодской области для возмещения средств в рамках межтерриториальных расчетов. Территориальный фонд Вологодской области отказал в оплате счета, указав на необходимость направления счета в Вологодский филиал страховой компании.

Не согласившись с отказом, территориальный фонд Санкт-Петербурга направил в адрес территориального фонда Вологодской области претензию с требованием уплаты денежных средств, неисполнение которой послужило основанием для обращения территориального фонда Санкт-Петербурга в суд с требованием о взыскании долга по оплате медицинской помощи и процентов за пользование чужими денежными средствами.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, заявленные требования удовлетворены в полном объеме.

Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда РФ отменила названные судебные акты в части взыскания с территориального фонда Вологодской области процентов за пользование чужими денежными средствами, указав на следующее.

В соответствии с п. 1 ст. 395 ГК РФ в случаях неправомерного удержания денежных средств, уклонения от их возврата, иной просрочки в их уплате подлежат уплате проценты на сумму долга. Размер процентов определяется ключевой ставкой Банка России, действовавшей в соответствующие периоды. Эти правила применяются, если иной размер процентов не установлен законом или договором.

Пунктом 3 ст. 2 ГК РФ предусмотрено, что к имущественным отношениям, основанным на административном или ином властном подчинении одной стороны другой, в том числе к налоговым и другим финансовым и административным отношениям, гражданское законодательство не применяется, если иное не предусмотрено законодательством.

Согласно положениям ст. 34 Закона № 326-ФЗ территориальный фонд осуществляет в том числе управление средствами ОМС на территории субъекта Российской Федерации, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ ОМС и в целях обеспечения финансовой устойчивости ОМС на территории субъекта Российской Федерации, а также решения иных задач, установленных указанным Федеральным законом, положением о территориальном фонде, законом о бюджете территориального фонда (ч. 2); аккумулирует средства ОМС и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в по-

рядке, установленном Федеральным фондом (п. 2 ч. 7); осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии (п. 12 ч. 7).

Денежные средства ОМС являются федеральной собственностью, и территориальный фонд может только управлять государственными средствами ОМС, имеющими целевое назначение, а также осуществлять государственный контроль за поступлением и расходованием этих средств.

В рассматриваемом случае отсутствует неправомерное пользование денежными средствами территориального фонда Санкт-Петербурга со стороны территориального фонда Вологодской области.

Обязанность территориального фонда по месту страхования возместить территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи расходы по оплате медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, установлена не ГК РФ, а Законом № 326-ФЗ и правилами ОМС.

Правоотношения между территориальными фондами не являются по своей природе обязательственными правоотношениями, не носят гражданско-правового характера и возникли не в силу договорных отношений, а относятся, по сути, к финансовым и административным отношениям.

Таким образом, положения ст. 395 ГК РФ к спорным правоотношениям между территориальными фондами не применимы.

26. Результаты медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества оказанной медицинской помощи могут быть признаны достаточным основанием для применения к медицинской организации финансовых санкций в виде уменьшения оплаты (неоплаты) медицинской помощи.

Между медицинской организацией и страховой медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В результате проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховой медицинской организацией выявлены нарушения, повлекшие применение к медицинской организации финансовых санкций в виде уменьшения оплаты (неоплаты) медицинской помощи.

Медицинская организация обратилась в суд с требованием к страховой медицинской организации о взыскании долга по оплате оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, а также неустойки, полагая, что финансовые санкции применены к ней незаконно, поскольку медицинские услуги оказаны надлежащим образом, а у страховой медицинской организации отсутствовали основания для проведения спорных экспертиз.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и

кассационной инстанций, требование медицинской организации отклонено на основании следующего.

В соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 38 Закона № 326-ФЗ осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля является обязанностью страховой медицинской организации.

Согласно ч. 1 ст. 41 Закона № 326-ФЗ сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, Федеральный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Как следует из материалов дела, во исполнение установленной обязанности страховой медицинской организацией проведен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинской организацией, в результате которого в рамках проведения медико-экономической экспертизы, а также экспертизы качества медицинской помощи выявлены нарушения, указанные в Перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

Исследовав и оценив представленные в дело доказательства, в том числе акты экспертиз (полученные и подписанные медицинской организацией с возражениями), приняв во внимание, что медицинская организация не представила доказательств, опровергающих выводы, сделанные по результатам медико-экономических экспертиз и экспертизы качества медицинской помощи, не заявила ходатайство о назначении судебной экспертизы либо о привлечении к участию в деле специалиста, суды пришли к выводу об отсутствии сомнений в обоснованности результатов проведенных экспертиз.

С учетом изложенного результаты досудебных медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества оказанной медицинской помощи, оформленные соответствующими актами, являются надлежащим основанием для применения к медицинской организации финансовых санкций в виде уменьшения оплаты (неоплаты) медицинской помощи.

VI. Споры, связанные с оспариванием нормативных правовых актов, решений и действий уполномоченных органов

27. Нормативы (нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования), определяемые в территориальной программе государственных гарантий, а также во входящей в нее территориальной программе ОМС, не могут быть меньше, чем аналогичные нормативы федеральной программы.

Прокурор субъекта Российской Федерации обратился в суд с требованием о признании противоречащими федеральному законодательству и недействующими отдельных положений территориальной программы государственных гарантий, действующей на территории данного субъекта, в части установления заниженного размера территориальных нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средних подушевых нормативов финансирования относительно нормативов, предусмотренных на соответствующий период в федеральной программе.

Как следует из пояснения представителя регионального правительства, такие нормативы утверждены исходя из объема денежных средств, предусмотренных на эти цели в бюджете соответствующего субъекта Российской Федерации; причиной несоблюдения федерального законодательства при расчете объема финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий субъекта является формирование бюджета этого субъекта Российской Федерации в условиях бюджетных ограничений.

Суд первой инстанции, решение которого оставлено без изменения судом апелляционной инстанции, требование прокурора удовлетворил на основании следующего.

Согласно ч. 2 ст. 19 Закона об основах охраны здоровья граждан каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с федеральной программой.

В рамках федеральной программы устанавливаются в том числе средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования (п. 5 ч. 5 ст. 80 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий, включающей в себя территориальную программу ОМС, относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации (п. 3 ч. 1 ст. 16 Закона об основах охраны здоровья граждан).

В рамках территориальной программы государственных гарантий органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают объем медицинской помощи в расче-

те на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования (п. 8 ч. 2 ст. 81 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Федеральный законодатель, наделяя органы государственной власти субъектов Российской Федерации указанными полномочиями и включая законодательство субъектов Российской Федерации в систему правовых регуляторов в области охраны здоровья, одновременно установил объемы и границы осуществления нормотворческих полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в этой сфере, предусмотрев в чч. 1 и 3 ст. 81 Закона об основах охраны здоровья граждан положения, согласно которым органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий в соответствии с федеральной программой.

Территориальная программа ОМС — это составная часть территориальной программы государственных гарантий, утверждаемой в порядке, предусмотренном законодательством субъекта Российской Федерации; территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС (ч. 1 ст. 36 Закона об ОМС).

В свою очередь, базовая программа ОМС является составной частью федеральной программы, определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливает единые требования к территориальным программам ОМС (п. 8 ст. 3 Закона № 326-ФЗ).

Таким образом, территориальная программа государственных гарантий должна соответствовать федеральной программе, поскольку предусмотренные ею нормативы рассчитаны как средние показатели и являются государственной гарантией равного права всех граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи, следовательно, не могут быть определены субъектами Российской Федерации в территориальных программах государственных гарантий в меньшем размере.

Суд первой инстанции, сопоставив оспоренные региональные нормы с федеральным правовым регулированием, пришел к выводу, что предусмотренные в территориальной программе государственных гарантий субъекта нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средние подушевые нормативы финансирования занижены по отношению к установленным на соответствующий период федеральной программой, в связи с чем правомерно признал оспоренные положения территориальной программы государственных гарантий субъекта недействующими.

Суд апелляционной инстанции, соглашаясь с таким выводом, указал, что недостаточность финансирования территориальной программы го-

сударственных гарантий субъекта не может являться основанием для отмены обжалуемого судебного акта, поскольку реализация права граждан на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи не должна зависеть от наличия средств в бюджете субъекта Российской Федерации.

28. Территориальная программа государственных гарантий, а также составляющая ее территориальная программа ОМС могут включать в себя дополнительные виды, условия и объемы оказания медицинской помощи, не предусмотренные в соответствующих федеральных программах.

Медицинская организация оспорила в суде положения территориальной программы государственных гарантий, а также тарифных соглашений в системе ОМС субъекта Российской Федерации, на территории которого оказывала медицинскую помощь, в части, предусматривающей в дополнение к видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС, включение расходов на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места лечения и обратно.

Суд первой инстанции удовлетворил требование медицинской организации.

Суды апелляционной и кассационной инстанций с ним не согласились, придя к выводу об обоснованности включения в тариф на заместительную почечную терапию методом гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях расходов на транспортировку пациентов от места жительства до места проведения гемодиализа и обратно, ввиду следующего.

Согласно ч. 3 ст. 81 Закона об основах охраны здоровья граждан территориальные программы государственных гарантий при условии выполнения финансовых нормативов, установленных федеральной программой, могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

Составной частью территориальной программы государственных гарантий, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации, является территориальная программа ОМС, которая формируется в соответствии с требованиями базовой программы ОМС (ч. 1 ст. 36 Закона об ОМС).

Частью 7 ст. 36 Закона об ОМС предусмотрено, что территориальная программа ОМС может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС при условии выполнения требований, установленных базовой программой ОМС.

При формировании территориальной программы государственных гарантий учитываются: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи; особенности половозрастного состава населения; уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики; климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций; сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об ОМС (ч. 4 ст. 81 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Руководствуясь названными правовыми нормами, суд апелляционной инстанции верно пришел к выводу о том, что в территориальных программах ОМС могут быть предусмотрены дополнительные виды, условия и объемы оказания медицинской помощи, которые отсутствуют в базовой программе ОМС, с учетом потребностей, возможностей и особенностей конкретного субъекта Российской Федерации.

Так, согласно действующей в рассматриваемый период федеральной программе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов может осуществляться финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно.

В законе субъекта Российской Федерации, регулирующем размер и порядок уплаты платежей на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, закреплено, что транспортировка пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно осуществляется за счет платежей данного субъекта Российской Федерации.

Согласно положениям чч. 1, 4 ст. 30, ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС во взаимосвязи с пп. 186, 192, 194, 195 Правил ОМС в тариф на оплату медицинской помощи включаются затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, в том числе затраты на приобретение транспортных услуг.

Соответственно, действующее правовое регулирование в данном субъекте Российской Федерации допускает включение транспортной услуги по транспортировке пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места лечения и обратно в тариф на заместительную почечную терапию методом гемодиализа и перитонеального диализа.

29. Затраты медицинской организации по договорам на оказание аудиторских услуг не могут быть учтены в тарифе на медицинские услуги, предоставляемые в рамках ОМС.

Пример 1. Медицинская организация оспорила региональное тарифное соглашение по ОМС в части невозможности возмещения за счет средств ОМС расходов медицинской организации на оплату договоров на оказание аудиторских услуг, которые в силу ст. 5 Закона об аудиторской деятельности являются обязательными.

Суд первой инстанции требование удовлетворил. Суд апелляционной инстанции, с которым согласился суд кассационной инстанции, отменив данное решение, в удовлетворении требования медицинской организации отказал ввиду следующего.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя в том числе прочие расходы (ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС).

Согласно п. 192 Правил ОМС 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 оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

При этом положения Правил ОМС, определяющие состав указанных затрат, затраты на аудиторские услуги не содержат (пп. 193—195 названных Правил).

Таким образом, действующее законодательство не предусматривает затраты медицинской организации по договорам на оказание аудиторских услуг в качестве составляющего тарифа на медицинские услуги, оказываемые в рамках ОМС.

Расширительное толкование ч. 7 ст. 35 Закона об ОМС противоречит основным принципам осуществления ОМС.

Кроме того, аудит представляет собой независимую проверку бухгалтерской (финансовой) отчетности аудируемого лица в целях выражения мнения о достоверности такой отчетности, что предусмотрено ч. 3 ст. 1 Закона об аудиторской деятельности.

Средства ОМС обеспечивают расходы исключительно на оказанную медицинскую помощь. Расходы на проведение аудита (в том числе обязательного) напрямую не связаны с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и не должны включаться в расчет тарифа на оплату медицинской помощи.

Изложенное свидетельствует о том, что оспоренные пункты регионального тарифного соглашения не противоречат нормативным правовым актам большей юридической силы, в связи с чем права и законные интересы медицинской организации в рассматриваемом случае не нарушены.

Пример 2. Медицинская организация обратилась в суд с заявлением о признании незаконным акта проверки территориального фонда в части признания нецелевым расходованием средств ОМС на оплату аудиторских услуг.

Отказывая в удовлетворении заявленного требования, суд обратил внимание на следующее.

Расходы медицинской организации по оплате аудиторских услуг не направлены на оказание медицинской помощи в сфере ОМС и не обеспечивают деятельность медицинской организации в целом для реализации территориальной программы ОМС. Следовательно, такие расходы не подлежат оплате за счет средств ОМС (п. 192 Правил ОМС).

Кроме того, медицинская организация вправе провести аудит за счет собственных денежных средств, не относящихся к средствам ОМС, поскольку медицинская организация осуществляет медицинскую деятельность как в рамках системы ОМС, так и на платной основе.

Таким образом, оплата за счет средств ОМС собственных обязательств медицинской организации, не связанных с деятельностью по ОМС, является нецелевым использованием средств ОМС.

30. Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, подлежат включению в территориальную программу государственных гарантий.

Медицинская организация обратилась в суд с требованием о признании недействующей территориальной программы государственных гарантий, действующей на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, в части невключения ее в перечень медицинских организаций, участвующих в этой программе.

Суд первой инстанции отказал в удовлетворении требования.

Суд апелляционной инстанции отменил решение суда первой инстанции и принял новое решение об удовлетворении требования с учетом следующего.

В п. 11 ч. 1 ст. 2 Закона об основах охраны здоровья граждан медицинская организация определена как юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Медицинская организация имеет право участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с федеральной программой, включающей в себя базовую программу ОМС (п. 2 ст. 78 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Закон об ОМС к медицинским организациям в сфере ОМС относит медицинские органи-

зации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в соответствии с названным Федеральным законом в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в состав которого входят в том числе реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС (ч. 1 ст. 15 Закона об ОМС).

Территориальная программа ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС содержит, помимо прочего, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (ч. 6 ст. 36 Закона № 326-ФЗ).

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС (ч. 2 ст. 15 Закона об ОМС).

Реестры страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС субъекта Российской Федерации, являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций (п. 82 Правил ОМС).

Исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций осуществляется в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации, по уведомлению о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении, непредставления документов в срок, установленный ч. 10 ст. 14 Закона № 326-ФЗ (п. 92 Правил ОМС).

Таким образом, в территориальной программе государственных гарантий в первую очередь должны быть задействованы медицинские организации из числа участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Исходя из материалов дела, медицинская организация имела обособленное структурное подразделение медицинской помощи, обладала специальной правоспособностью на оказание медицинской помощи по ОМС, имела лицензии на оказание на территории соответствующего субъекта Российской Федерации первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи по различным профилям, внесена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории этого субъекта Российской Федерации, не утратила право на осуществление медицинской деятельности в установленном законом порядке; имеются подтвержденные факты оказания пациентам региона бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС. Следовательно, медицинская

организация отвечала требованиям, предъявляемым к медицинским организациям, действующим в системе ОМС в рамках Закона № 326-ФЗ.

С учетом изложенного основания для не включения медицинской организации в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий субъекта, отсутствовали.

31. Предъявление медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в пределах распределенных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи, не может быть истолковано как допускающее не оказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также не может являться основанием для отказа медицинской организации в оплате медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу.

Ассоциация медицинских организаций (далее — Ассоциация) оспорила п. 122 Правил ОМС¹, предусматривающий указание на предъявление медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, распределенных ей в установленном порядке.

По мнению Ассоциации, данная норма содержит ограничение порядка оказания медицинской помощи в рамках ОМС, а также по-нуждает медицинскую организацию предоставлять неполные персонифицированные учетные сведения об объемах оказанной медицинской помощи и вводит запрет на предоставление отчета о фактически выполненных работах.

Решением Верховного Суда РФ нормативный правовой акт в оспоренной части признан соответствующим нормативному правовому акту, имеющему большую юридическую силу, по следующим основаниям.

Согласно ч. 2 ст. 19 Закона об основах охраны здоровья граждан каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с федеральной программой.

В силу п. 5 ст. 10 названного Закона доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи на основании федеральной программы.

В соответствии с федеральной программой органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий, включающие в себя территориальные программы

¹В редакции, действовавшей на день возникновения спорных правоотношений. В действующей редакции названных Правил положение, подобное оспоренному, содержит п. 121.

ОМС, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС (ч. 1 ст. 81 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Частью 1 ст. 39 Закона об ОМС¹ предусмотрено, 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 установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, в установленном этим Законом порядке.

Объем предоставления медицинской помощи является условием такого договора и не может быть изменен в одностороннем порядке. Законодательством об ОМС установлен порядок действий медицинской организации при превышении объема предоставления медицинской помощи.

В силу ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС.

Оспоренный пункт Правил ОМС соответствует приведенным требованиям Федерального закона.

Кроме того, оспоренное положение, являющееся общей нормой в системе действующего правового регулирования отношений в области ОМС, не может быть истолковано как допускающее неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества медицинской организацией, также не содержит оно и оснований для отказа медицинской организации в оплате медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) устанавливается соответствующим нормативным правовым актом².

Регулируя правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации Закона об ОМС, Правила ОМС, включая оспоренный пункт, предусматривают порядок оплаты медицинской помощи по ОМС. Данный порядок должны соблюдать все участники ОМС.

¹ В тексте данного примера приведена редакция Закона об ОМС, действовавшая на день возникновения спорных правоотношений.

² В настоящее время перечень приведен в приложении к Порядку проведения контроля.

32. Оплата медицинской организации оказанной медицинской помощи сверх распределенного Комиссией объема медицинской помощи возможна при исполнении данной организацией предусмотренной законодательством обязанности по корректировке таких объемов посредством обращения в Комиссию с предложением о соответствующем перераспределении.

Медицинская организация оспорила в судебном порядке п. 5.3.2 приложения 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) от 28 февраля 2019 г. № 36³.

В указанном пункте было закреплено, что одним из оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) является предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС⁴.

По мнению медицинской организации, данное положение нарушает права медицинской организации на получение оплаты по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках системы ОМС, ограничивает государственные гарантии соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, а также препятствует созданию условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС.

Верховный Суд РФ, придя к выводу о том, что оспоренное положение не противоречит какому-либо федеральному закону или иному нормативному правовому акту, имеющему большую юридическую силу, и отказывая в удовлетворении требования медицинской организации, указал следующее.

Исходя из положений ч. 1 ст. 41 Закона об ОМС, отказ в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), в том числе при предъявлении к оплате медицин-

³ Приказ ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 “Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию” утратил силу. Приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н утвержден и действует в настоящее время Порядок проведения контроля.

⁴ В приложении к Порядку проведения контроля оспоренное правовое положение изложено в редакции, согласно которой одним из оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) является предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об ОМС (п. 1.6.2).

ской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, должен быть основан на результатах медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Согласно п. 150 Правил ОМС¹ при наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить вновь отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов.

Из содержания положений п. 151 Правил ОМС² следует, что в случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Таким образом, законодатель предусмотрел необходимые правовые инструменты для обоснованной корректировки распределенного Комиссией объема предоставления медицинской помощи в целях надлежащего исполнения обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС сторонами этого договора.

С учетом приведенных правовых положений право на оплату медицинской помощи сверх распределенного Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объема предоставления медицинской помощи медицинская организация может реализовать, если ею исполнена предусмотренная законодательством обязанность по обращению в данную Комиссию с предложением о корректировке таких объемов посредством их соответствующего перераспределения.

33. Медицинской организации не может быть отказано в выплате субсидии на возмещение затрат, связанных с оказанием гражданам скорой медицинской помощи вне медицинской организации, ввиду того, что вызов скорой медицинской помощи совершен способами, не предусматривающими набор единого номера “112”.

Медицинская организация оспорила в судебном порядке положение регионального нормативного правового акта, регулирующего в том числе порядок предоставления субсидии на возмещение части затрат, связанных с оказанием скорой медицинской помощи вне медицинской организации гражданами, юридическими лицами (за исключением государственных учреждений) и индивидуальными предпринимателями, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий, действующей в соответствующем субъекте Российской Федерации.

¹В редакции, действовавшей на день возникновения спорных правоотношений. В действующей редакции Правил ОМС подобное положение содержит п. 156.

²В редакции, действовавшей на день возникновения спорных правоотношений. В действующей редакции Правил ОМС подобное положение содержит п. 157.

В данном положении было закреплено, что получатель субсидии должен осуществлять деятельность в рамках системы единого номера вызова скорой медицинской помощи; в предоставлении субсидии может быть отказано в случае оказания скорой медицинской помощи не в рамках системы единого номера вызова скорой медицинской помощи.

По мнению медицинской организации, указанное положение нарушает право использования медицинской организацией своего номера для приема вызовов скорой медицинской помощи, равно как и право пациентов на выбор способа вызова скорой помощи.

Суд первой инстанции, с которым согласился суд апелляционной инстанции, признал оспоренную норму регионального нормативного правового акта недействующей на основании следующего.

На территории Российской Федерации в целях оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством РФ (чч. 1—3 ст. 35 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Положение о системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру “112”, утвержденное постановлением Правительства РФ от 21 ноября 2011 г. № 958, предусматривает возможность осуществления вызова скорой медицинской помощи по телефону путем набора номера “112” (подп. “г” п. 7).

Согласно ч. 1 ст. 37 Закона об основах охраны здоровья граждан медицинская помощь организуется и оказывается, в частности, в соответствии с положением об организации медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

В п. 9 Порядка оказания скорой помощи закреплено, что вызов скорой медицинской помощи осуществляется: по телефону путем набора номеров “03”, “103”, “112” и (или) номеров телефонов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь; с помощью коротких текстовых сообщений (SMS) при наличии технической возможности; при непосредственном обращении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь; при поступлении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь, заполненной в электронном виде карточки вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме из информационных систем экстренных оперативных служб.

Таким образом, федеральным законодательством, в частности Порядком оказания скорой помощи, предусмотрена возможность вызова

скорой медицинской помощи не только по единому номеру вызова скорой медицинской помощи. С учетом этого оспоренное положение регионального нормативного правового акта признано не соответствующим нормативным правовым актам, имеющим большую юридическую силу.

34. При оказании медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) оплата скорой медицинской помощи должна производиться по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой помощи, и данный способ оплаты не предусматривает каких-либо взаиморасчетов между медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь, из объема финансирования по подушевому нормативу.

Медицинская организация оспорила в судебном порядке приложение к тарифному соглашению в части, предусматривающей, что при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установлен способ ее оплаты, которым предусмотрены взаиморасчеты между медицинскими организациями региона, оказывающими помощь, производимые из объема финансирования по подушевому нормативу.

По мнению медицинской организации, законодательством Российской Федерации включение расходов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, в подушевой норматив финансирования закреплено только для случаев оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, но не предусмотрено для случаев оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Суд первой инстанции, с которым согласился суд апелляционной инстанции, удовлетворил требование медицинской организации, указав следующее.

Согласно ч. 2 ст. 30 Закона об ОМС тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением предусмотренных данным Законом случаев, устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в установленном законом порядке, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации.

Содержание тарифного соглашения, заключенного во исполнение этой нормы, должно соответствовать требованиям базовой программы ОМС и территориальной программы ОМС (ч. 1, 2 ст. 35, ч. 1, 2, 6 ст. 36 Закона об ОМС).

Судом установлено, что базовой программой ОМС и территориальной программой государственных гарантий, действующей на территории субъекта Российской Федерации, где медицинской организацией осуществлялась скорая медицинская помощь, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, установлены в зависимости от условий, в которых такая помощь оказана (вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно).

Исходя из положений базовой программы ОМС и территориальной программы ОМС соответствующего субъекта Российской Федерации, оплата по подушевому нормативу, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, за единицу объема медицинской помощи — является способом оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях; данный способ оплаты скорой медицинской помощи неприменим в случае оказания медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); при оказании медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) оплата должна производиться по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой помощи, и данный способ оплаты не предусматривает каких-либо взаиморасчетов между медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь, из объема финансирования по подушевому нормативу.

При этом действующее правовое регулирование не допускает самопроизвольного изменения субъектами указанных отношений установленных законодательством способов оплаты медицинской помощи, дифференцированных по условиям ее оказания.

С учетом изложенного оспоренное медицинской организацией правовое положение признано не соответствующим нормативным правовым актам, имеющим большую юридическую силу.

35. Вопросы, связанные с установлением наличия или отсутствия аффилированности медицинской организации и (или) страховой медицинской организации с контрагентами, могут входить в предмет проводимой территориальным фондом проверки, если это необходимо для контроля целевого и рационального использования средств ОМС.

По результатам проведенной проверки прокуратурой субъекта Российской Федерации в отношении территориального фонда внесено

представление, согласно которому при проведении территориальным фондом проверок целевого использования средств ОМС двух медицинских организаций проверяющими допущены нарушения, касающиеся включения в программу проверки вопросов о добросовестности руководителей организаций-поставщиков и отсутствии указанных лиц в реестре дисквалифицированных лиц в соответствии с данными ФНС России, в том числе проверки на предмет аффилированности руководителей юридических лиц.

По мнению прокуратуры, проверка аффилированности проверяемых юридических лиц выходит за рамки предмета контроля, определенного Порядком контроля за использованием средств ОМС.

Не согласившись с выводами прокуратуры, территориальный фонд обратился в суд с заявлением о признании внесенного представления незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судом апелляционной инстанции, заявление территориального фонда удовлетворено ввиду следующего.

В соответствии с п. 5 ч. 1 ст. 6 Закона № 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе путем проведения проверок и ревизий.

Территориальный фонд в силу закона осуществляет публичные полномочия по контролю за использованием средств ОМС, т.е. публичный финансовый контроль, затрагивающий сферу исполнения бюджета фонда.

Из положений пп. 29, 36, 39, 42 Порядка контроля за использованием средств ОМС следует вывод об отсутствии запрета на включение вопросов, прямо не поименованных в пп. 39—41 Порядка, но направленных на достижение цели проведения проверки исходя из конкретных обстоятельств.

Судами установлено, что проверка сведений о наличии аффилированности в отношениях между медицинской организацией и контрагентами являлась частью проверки целевого и рационального использования средств ОМС.

Осуществление территориальным фондом контроля за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями может включать в себя проверку сделок, связанных с расходованием средств территориального фонда на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

Учитывая, что аффилированность является одним из существенных факторов, влияющих на законность сделки, ее выявление, а также оценка в совокупности с иными факторами представ-

ляется обоснованным и правомерным способом осуществления контрольных мероприятий.

Законодательство Российской Федерации не содержит запретов и ограничений на выбор способов и методов проверки эффективности использования бюджетных средств территориальным фондом. Необоснованное и незаконное ограничение территориального фонда в способах и методах проведения проверки, в том числе, в части выводов о превышении заявителем полномочий по осуществлению проверок аффилированности руководителей юридических лиц, может привести к нарушению баланса частных и публичных интересов, а также причинить имущественный вред в виде необоснованного расходования средств ОМС.

VII. Процессуальные вопросы

36. Акт проверки территориального фонда является ненормативным правовым актом, который может быть оспорен в арбитражном суде в порядке, установленном главой 24 АПК РФ.

Пример 1. Территориальным фондом проведена выездная внеплановая проверка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда в медицинской организации, по результатам которой составлен акт проверки.

Не согласившись с указанным актом проверки, медицинская организация обратилась в арбитражный суд с заявлением о признании его незаконным.

Определением суда первой инстанции производство по делу прекращено в связи с тем, что указанный акт проверки не является ненормативным правовым актом, который может быть оспорен в арбитражном суде.

Судом апелляционной инстанции, оставленным без изменения судом кассационной инстанции, определение суда первой инстанции отменено по следующим основаниям.

В соответствии с п. 12 ч. 7 ст. 34 Закона об ОМС территориальный фонд осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверку и ревизию.

Согласно п. 18 Порядка контроля за использованием средств ОМС по результатам проверки составляется акт проверки, включающий в себя обобщенную информацию о результатах проверки, с указанием выявленных нарушений и недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков.

Таким образом, акт проверки территориального фонда является окончательным документом, который подписывается должностными лицами от имени контролирующего органа, содержит в себе выводы, на основании которых территориальный фонд устанавливает и подтверждает в действиях проверяемого лица нецелевое использование бюджетных средств и содержит

волеизъявление, порождающее правовые последствия для проверяемого лица в виде возврата в бюджет территориального фонда средств, использованных не по целевому назначению (п. 3 постановления Пленума от 28 июня 2022 г. № 21).

Следовательно, акт проверки территориального фонда является ненормативным правовым актом, который может быть обжалован в арбитражном суде в порядке, установленном главой 24 АПК РФ.

Пример 2. Медицинская организация оспорила в арбитражном суде в части отдельных пунктов акт проверки территориального фонда.

Определением суда первой инстанции, оставленным без изменения судом кассационной инстанции, производство по делу прекращено на основании п. 1 ч. 1 ст. 150 АПК РФ с учетом следующего.

В п. 6 постановления Пленума от 28 июня 2022 г. № 21 разъяснено, что при рассмотрении вопроса о том, может ли документ быть оспорен в судебном порядке, судам следует анализировать его содержание. О принятии решения, порождающего правовые последствия для граждан и (или) организаций, могут свидетельствовать, в частности, установление запрета определенного поведения или установление определенного порядка действий, предоставление (отказ в предоставлении) права, возможность привлечения к юридической ответственности в случае неисполнения содержащихся в документе требований. Наименование оспариваемого документа (заключение, акт, протокол, уведомление, предостережение) определяющего значения не имеет.

Заявителем оспаривались пп. 1 и 2 акта проверки. При этом в данной части акт лишь фиксирует результаты проведенной проверки, и не может расцениваться как нарушающий чьи-либо права и законные интересы, поскольку не устанавливает, не изменяет и не отменяет чьих-либо прав и обязанностей, не носит властно-распорядительного характера, не влечет сам по себе каких-либо материально-правовых и негативных последствий, затрагивающих права и интересы заявителя. Следовательно, в данной части акт проверки территориального фонда не является ненормативным.

Требования о признании недействительным акта в остальной части не заявлялись.

37. Правовая оценка акта экспертизы качества оказания медицинской помощи может быть дана арбитражным судом только при оспаривании решения или заключения территориального фонда, в основу которого положен указанный акт экспертизы.

По поручению территориального фонда экспертом с целью выявления нарушений прав застрахованного лица проведена экспертиза качества оказания медицинской организацией медицинской помощи, результаты которой оформлены соответствующим актом.

Медицинская организация обратилась в арбитражный суд с требованием о признании ука-

занного акта экспертизы качества оказания медицинской помощи незаконным.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судом апелляционной инстанции, заявленные требования удовлетворены.

Суд кассационной инстанции отменил названные судебные акты и прекратил производство по делу на основании п. 1 ч. 1 ст. 150, п. 1 ч. 1 ст. 127¹ АПК РФ с учетом следующего.

В соответствии с п. 2 ч. 1 ст. 29, ч. 1 ст. 198 АПК РФ арбитражный суд рассматривает дела об оспаривании ненормативных правовых актов органов, осуществляющих публичные полномочия, должностных лиц, затрагивающих права и законные интересы лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности.

При этом оспариваемый акт должен быть юридически властным волеизъявлением полномочного органа, обращенным к конкретному лицу, направленным на возникновение, изменение или прекращение определенных правовых последствий, а также должен нарушать права заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности.

Спорное заключение эксперта нельзя отнести к ненормативным правовым актам, действиям, решениям, оспаривание которых в арбитражном суде предусмотрено процессуальным законом, поскольку само по себе экспертное заключение не порождает у заявителя каких-либо субъективных прав и обязанностей и не нарушает права и законные интересы медицинской организации.

Экспертное заключение не содержит обязательных для исполнения предписаний, влекущих те или иные негативные последствия, создающие препятствия для осуществления предпринимательской и иной экономической деятельности.

Заключение представляет собой лишь аргументированное мнение эксперта (квалифицированного специалиста в конкретной области) относительно поставленных перед ним вопросов, имеющих значение при рассмотрении конкретного дела. Правовой статус заключения судебной экспертизы определен законом как доказательство, которое не имеет заранее установленной силы, не носит обязательного характера и подлежит оценке наряду с другими доказательствами.

Поскольку в данном случае предметом рассмотрения являлась законность именно акта экспертизы качества оказания медицинской помощи, то такой спор не подлежит рассмотрению в арбитражном суде.

Вместе с тем при несогласии медицинской организации с решением или заключением территориального фонда, в основу которого положен акт экспертизы качества оказания медицинской помощи, она вправе обжаловать это решение или заключение в судебном порядке (ч. 5 ст. 42 Закона об ОМС).

38. Территориальный фонд вправе обратиться в суд за принудительным исполнением требования о предоставлении необходимых для проведения контрольных мероприятий документов, если такое требование не исполнено медицинской организацией в установленном порядке.

Территориальный фонд обратился в арбитражный суд с заявлением к медицинской организации об истребовании необходимых документов в целях проведения контрольных мероприятий.

Определением суда первой инстанции производство по делу прекращено на основании п. 1 ч. 1 ст. 150 АПК РФ. Суд пришел к выводу о том, что вопросы, возникающие при проведении проверок, подлежат разрешению во внесудебном порядке.

Судом апелляционной инстанции, оставленным без изменения судом кассационной инстанции, определение отменено, дело направлено на рассмотрение по существу.

Перечень дел, возникающих из административных и иных публичных правоотношений и подлежащих рассмотрению в арбитражном суде, предусмотрен в ч. 1 ст. 29 АПК РФ.

Частью 1 ст. 53 АПК РФ установлено, что в случаях, предусмотренных федеральным законом, государственные органы, органы местного самоуправления и иные органы вправе обратиться в арбитражный суд в защиту публичных интересов.

При рассмотрении вопроса о наличии у государственного органа процессуального права на обращение в арбитражный суд с заявлением в защиту публичных интересов необходимо учитывать положения федерального закона, обуславливающего объемы и механизмы реализации этого права применительно к спорным правоотношениям.

Из совокупного толкования положений п. 7 ч. 8 ст. 33 Закона об ОМС и подп. 7.12 п. 7, подп. 8.18 п. 8 Типового положения, утвержденного приказом № 524н, следует, что истребование документов в целях осуществления контрольных мероприятий отнесено к полномочиям территориального фонда, подлежащим реализации в рамках проводимых им проверок в отношении медицинских организаций.

Вместе с тем осуществление территориальным фондом указанных полномочий не означает, что он не вправе обратиться в суд за принудительным исполнением своих требований в случае уклонения медицинской организации от их исполнения.

Судом установлено, что в период проведения территориальным фондом проверки медицинская организация была исключена из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, и фактически у территориального фонда отсутствовали административные и иные способы понуждения ответчика исполнить установленную законом обязанность.

Исходя из изложенного, споры, инициированные органами контроля, о понуждении хозяйствующих субъектов исполнить возложенные на них законом обязанности в ходе проведения контрольных мероприятий могут быть рассмотрены в судебном порядке.

39. Само по себе право Комиссии утверждать тарифы, обязательные для применения участниками системы ОМС, не предусматривает возможности придавать им обратную силу при отсутствии прямого указания об этом в законе.

На территории субъекта Российской Федерации на 2019 год заключено тарифное соглашение по ОМС, согласно которому медицинская организация включена в перечень медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию детей-сирот.

31 мая 2019 г. заключено дополнительное соглашение к тарифному соглашению, которым внесены изменения в перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации детей-сирот; с 1 мая 2019 г. медицинская организация из данного перечня исключена.

Между тем в мае 2019 г. медицинская организация оказала названные услуги, в связи с чем выставила счета на их оплату страховой медицинской организации.

Страховая медицинская организация отказала медицинской организации в оплате данных счетов, сославшись на то, что медицинская организация с 1 мая 2019 г. исключена из перечня организаций, участвующих в проведении диспансеризации детей-сирот, следовательно, она не вправе требовать от страховой медицинской организации оплаты оказанной ею медицинской помощи.

Не согласившись с отказом страховой медицинской организации, медицинская организация обратилась в арбитражный суд с заявлением о взыскании стоимости услуг по проведению диспансеризации детей-сирот.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судами апелляционной и кассационной инстанций, заявленные требования удовлетворены.

Согласно ч. 2 ст. 30 Закона об ОМС тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с п. 11 ст. 5 этого Закона, устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со ст. 76 Закона об ОМС, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав Комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с ч. 9 ст. 36 данного Федерального закона.

Формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных ФОМС, осуществляется Комиссией (подп. 4 п. 4 Положения о деятельности Комиссии).

В силу положений п. 1 ст. 4 ГК РФ акты гражданского законодательства не имеют обратной силы и применяются к отношениям, возникшим после введения их в действие.

Действие закона распространяется на отношения до введения его в действие только в случаях, когда это прямо предусмотрено законом.

По отношениям, возникшим до введения в действие акта гражданского законодательства, он применяется к правам и обязанностям, возникшим после введения его в действие (п. 2 ст. 4 ГК РФ).

Таким образом, само по себе право Комиссии утверждать тарифы не предусматривает возможности придавать им обратную силу при отсутствии прямого указания об этом в законе.

Следовательно, к спорным правоотношениям подлежало применению тарифное соглашение по ОМС без учета изменений, внесенных дополнительным соглашением, в связи с чем страховая медицинская организация не была вправе отказать медицинской организации в оплате услуг по проведению диспансеризации детей-сирот в мае 2019 г.

*(Обзор утвержден Президиумом
Верховного Суда Российской Федерации
27 ноября 2024 г.)*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Серков П.П. (главный редактор), Асташов С.В., Борисова Е.Е.,
Глазов Ю.В., Давыдов В.А., Журавлева Е.М., Иваненко Ю.Г.,
Момотов В.В., Нефедов О.Н., Пчелинцева Л.М., Рудаков С.В.,
Хаменков В.Б., Хомчик В.В., Шилохвост О.Ю.

Государственное учреждение —
издательство “Юридическая литература”
Администрации Президента Российской Федерации

Адрес редакции: 121069, г. Москва, ул. Малая Никитская, д. 19, стр. 1.
Телефоны: 495-691-57-40, 495-690-44-00.

За справками по вопросам подписки и распространения обращаться
по телефону 495-690-10-55.

E-mail: Yurizdat@gov.ru
<http://www.jurizdat.ru>

ЧИТАЙТЕ
В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ



Подписано в печать 28.02.2025. Формат 60 × 84 1/8. Бумага офсетная. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 5,58. Уч.-изд. л. 6,33. Тираж 6703 экз. Заказ 21-2025.

Отпечатано в ООО “СИНТЕРИЯ”.
127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 2, этаж 3, помещение I, чк 11.
Телефон: 495-636-27-08. E-mail: sinteria23051@yandex.ru
