

ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 308-ЭС18-8218

О П Р Е Д Е Л Е Н И Е

г. Москва

Дело № А15-6379/2016

Резолютивная часть определения объявлена 11 октября 2018 г.
Полный текст определения изготовлен 18 октября 2018 г.

Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации в составе:

председательствующего судьи Зарубиной Е.Н.,
судей Капкаева Д.В. и Ксенофоновой Н.А.

при ведении протокола судебного заседания помощником судьи Евстифеевой Е.Л., с использованием систем видеоконференц-связи при содействии Арбитражного суда Республики Дагестан (судья Магомедова Ф.И., при ведении протокола секретарем судебного заседания Эфендиевым М.М.)

рассмотрела в открытом судебном заседании кассационную жалобу общества с ограниченной ответственностью «Санаторий «Леззет» на решение Арбитражного суда Республики Дагестан от 10.07.2017 (судья Хавчаева К.Н.) по делу № А15-6379/2016, постановление Шестнадцатого арбитражного апелляционного суда от 16.10.2017 (судьи Казакова Г.В., Егорченко И.Н., Сулейманов З.М.) и постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 27.02.2018 (судьи Айбатулин К.К., Алексеев Р.А., Кухарь В.Ф.) по тому же делу.

В заседании приняли участие представители:

общества с ограниченной ответственностью «Санаторий «Леззет»
– Бийболатов Б.П., Нурбагандова А.И., Сагалитдинов Р.Р., Сулейманова Е.А.;
акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания»
– Исаева Г.В.;

территориального фонда обязательного медицинского страхования
Республики Дагестан – Абакаров И.А.

Заслушав и обсудив доклад судьи Зарубиной Е.Н., объяснения присутствующих в судебном заседании представителей общества с ограниченной ответственностью «Санаторий «Леззет», поддержавших доводы кассационной жалобы и дополнения к ней, возражения представителей акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» и территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан против ее удовлетворения, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации

УСТАНОВИЛА:

общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Леззет» (далее – санаторий) обратилось в Арбитражный суд Республики Дагестан с иском к акционерному обществу «Медицинская акционерная страховая компания» (далее – страховая компания) о взыскании 16 161 985 рублей 15 копеек долга по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 20.01.2014 № 156 (с учетом уменьшения размера исковых требований в порядке статьи 49 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации).

К участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечен Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан (далее – фонд).

Решением Арбитражного суда Республики Дагестан от 10.07.2017 в иске отказано.

Постановлением Шестнадцатого арбитражного апелляционного суда от 16.10.2017 решение суда первой инстанции оставлено без изменения.

Арбитражный суд Северо-Кавказского округа постановлением от 27.02.2018 судебные акты оставил без изменения.

Санаторий обратился в Судебную коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации с кассационной жалобой на принятые по делу судебные акты, ссылаясь на существенные нарушения судами норм права.

Определением судьи Верховного Суда Российской Федерации от 24.08.2018 кассационная жалоба вместе с делом передана для рассмотрения в

судебном заседании Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации.

В представленном отзыве на кассационную жалобу фонд возражает против ее удовлетворения, считая принятые судебные акты законными и обоснованными.

Проверив в порядке статьи 291.14 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации обоснованность доводов, изложенных в кассационной жалобе, выступлениях присутствующих в судебном заседании представителей участвующих в деле лиц, судебная коллегия считает, что обжалуемые судебные акты подлежат отмене.

При рассмотрении дела судами установлено, что между санаторием и страховой компанией заключен договор от 20.01.2014 № 156 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор), согласно которому санаторий обязался оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая компания – оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с названной программой.

В силу пункта 4.1 договора страховая компания обязана оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – комиссия; приложение № 1), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования на основании предъявленных санаторием счетов и реестров счетов до 20 числа каждого месяца включительно.

По результатам работы в январе – ноябре 2015 года санаторий выставил страховой компании счета на общую сумму 40 393 311 рублей 40 копеек на оплату медицинских услуг, оказанных им застрахованным лицам.

В соответствии с актами медико-экономического контроля реестра счетов, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи за указанный период, подписанными санаторием без возражений, страховая компания оплатила санаторию оказанные им медицинские услуги в общей сумме 23 257 730 рублей 27 копеек, исключив из оплаты 17 135 581 рубль 23 копейки, в том числе ввиду превышения муниципального заказа обязательного медицинского страхования (код дефекта 5.3.2 – 16 161 985 рублей 15 копеек), а также на основании актов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Установив, что решением комиссии от 22.09.2015 санаторию уменьшен объем медицинской помощи до 23 534 257 рублей 42 копеек (против установленного ранее решением комиссии от 08.07.2015 в размере 44 941 747 рублей 50 копеек), а решением комиссии от 29.12.2015 – утвержден в размере 24 231 326 рублей 35 копеек; страховая компания оплатила оказанные санаторием медицинские услуги в указанном выше размере – в пределах установленного объема медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования; взыскиваемая сумма представляет собой стоимость услуг, оказанных санаторием с превышением объемов предоставления медицинской помощи, утвержденных решением комиссии; решения комиссии об установлении (изменении) объема медицинской помощи, являющиеся обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, санаторием не оспорены; доказательства, подтверждающие, что санаторий превысил объемы выделенной медицинской помощи вследствие повышения заболеваемости, увеличения тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменения их структуры по полу и возрасту, не представлены, суды, руководствуясь положениями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС), Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила № 158н), пришли к выводу об отсутствии оснований для удовлетворения иска.

Вместе с тем судами не учтено следующее.

Частью 7 статьи 14 Закона об ОМС предусмотрено, что деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией, а также договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого между страховой медицинской организацией и медицинской организацией в интересах застрахованных лиц (физических лиц, перечень которых установлен статьей 10 Закона об ОМС).

В соответствии с частью 1 статьи 39 Закона об ОМС для заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация должна быть включена в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления

медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Во исполнение названного договора медицинские организации оказывают застрахованным лицам медицинскую помощь тех видов, которые установлены базовой и территориальной программами обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

В силу пункта 8 статьи 3, статьи 35 Закона об ОМС базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в рамках реализации базовой программы в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования (часть 9 статьи 35, часть 1 статьи 36 Закона об ОМС). При этом территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой (часть 7 статьи 36 Закона об ОМС).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи (часть 10 статьи 36 Закона об ОМС).

Страховая медицинская организация производит оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, по тарифам на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования (часть 7 статьи 15, часть 6 статьи 39 Закона об ОМС), в частности, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Указанные меры позволяют реализовать право застрахованных лиц на бесплатное получение медицинской помощи (статья 37 Закона об ОМС).

Исходя из части 5 статьи 15 Закона об ОМС, медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, что представляет собой гарантию своевременного оказания бесплатной медицинской помощи; возможность оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования не ставится в зависимость от запланированного общего объема таких услуг и превышения распределенного объема предоставления медицинской помощи.

Из положений пункта 1 статьи 38, пункта 2 статьи 39 Закона об ОМС не следует, что фактическое оказание медицинской помощи сверх установленного в договоре со страховой организацией объема освобождает страховую медицинскую организацию от исполнения обязательств по оплате оказанной медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования и перечнем территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы обязательного медицинского страхования или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи, которая возможна на основании пунктов 110 и 123 Правил № 158н.

Предъявляя иск о взыскании задолженности к страховым медицинским организациям и территориальному фонду обязательного медицинского страхования, медицинская организация должна доказать факт оказания медицинских услуг в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, но сверх установленного объема, а страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования – его опровергнуть (часть 1 статьи 65 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации).

При отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу обязательного медицинского страхования, и при отсутствии фактов

нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медицинской помощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией.

В данном случае страховой компанией отказано в оплате оказанных санаторием медицинских услуг в размере 16 161 985 рублей 15 копеек только по тому основанию, что эти услуги оказаны санаторием с превышением объемов предоставления медицинской помощи, утвержденных решением комиссии. При этом ответчиком не оспариваются фактический объем оказанных медицинских услуг, оказание медицинских услуг в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, отсутствие фактов нарушения санаторием требований, предъявляемых к предоставлению медицинских услуг. Доказательств того, что оказанные услуги не покрываются страховым обеспечением по обязательному медицинскому страхованию, ответчиком не представлено и на наличие таких доказательств страховая компания не ссылается.

С учетом изложенного требование санатория о взыскании задолженности за оказанные медицинские услуги по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию подлежало удовлетворению.

Поскольку фактические обстоятельства, имеющие значение для дела, установлены судами, но ими неправильно применены нормы права, судебная коллегия считает, что в соответствии с частью 1 статьи 291.11, пунктом 5 части 1 статьи 291.14 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации принятые по настоящему делу судебные акты подлежат отмене с принятием нового судебного акта об удовлетворении иска.

Расходы по уплате государственной пошлины по иску, апелляционной и кассационным жалобам подлежат распределению между сторонами по правилам статьи 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации. Излишне уплаченная санаторием государственная пошлина подлежит возврату из федерального бюджета в соответствии со статьей 104 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, статьей 333.40 Налогового кодекса Российской Федерации.

Руководствуясь статьями 104, 110, 167, 176, 291.11-291.15, 319 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, статьей 333.40 Налогового кодекса Российской Федерации, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации

ОПРЕДЕЛИЛА:

решение Арбитражного суда Республики Дагестан от 10.07.2017 по делу № А15-6379/2016, постановление Шестнадцатого арбитражного апелляционного суда от 16.10.2017 и постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 27.02.2018 по тому же делу отменить.

Взыскать с акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» в пользу общества с ограниченной ответственностью «Санаторий «Леззет» 16 161 985 рублей (шестнадцать миллионов сто шестьдесят одну тысячу девятьсот восемьдесят пять рублей) 15 копеек задолженности, 9 000 рублей (девять тысяч рублей) расходов по уплате госпошлины по апелляционной и кассационным жалобам.

Возвратить обществу с ограниченной ответственностью «Санаторий «Леззет» из федерального бюджета 47 405 рублей (сорок семь тысяч четыреста пять рублей) излишне уплаченной госпошлины.

Взыскать с акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» в доход федерального бюджета 103 809 рублей (сто три тысячи восемьсот девять рублей) 91 копейку госпошлины по иску.

Настоящее определение вступает в законную силу со дня его вынесения и может быть обжаловано в порядке надзора в Верховный Суд Российской Федерации в трехмесячный срок.

Председательствующий судья

Зарубина Е.Н.

Судья

Капкаев Д.В.

Судья

Ксенофонтова Н.А.