

ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 301-ЭС21-24224

О П Р Е Д Е Л Е Н И Е

Дело № А29-7771/2020

г. Москва

04.04.2022

Резолютивная часть определения объявлена 30.03.2022.

Полный текст определения изготовлен 04.04.2022.

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

председательствующего судьи Першутова А.Г.,

судей Завьяловой Т.В., Павловой Н.В.

рассмотрела в открытом судебном заседании кассационную жалобу государственного бюджетного учреждения Республики Коми «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Коми» на решение Арбитражного суда Республики Коми от 13.03.2021 по делу № А29-7771/2020, постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 08.06.2021 и постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 15.09.2021 по тому же делу

по иску общества с ограниченной ответственностью «А-Клиник» к обществу с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» о взыскании 899 000 рублей задолженности за январь 2020 года по счету от 05.02.2020 № 2 и 539 529 рублей 78 копеек за март 2020 года по счету от 02.04.2020 № 5 по договору от 31.12.2019 № 160 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В судебном заседании приняли участие представители:
общества с ограниченной ответственностью «А-Клиник» –
Тарасевич А.Н.;

общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское
Страхование» – Алешина О.В., Борисова О.С., Ищенко Е.В.;

государственного бюджетного учреждения Республики Коми
«Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики
Коми» – Дончевская И.А.

Заслушав доклад судьи Верховного Суда Российской Федерации
Першутова А.Г., выслушав представителей участвующих в деле лиц, изучив
материалы дела, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного
Суда Российской Федерации

установила:

общество с ограниченной ответственностью «А-Клиник» (далее – медицинская
организация) обратилось в Арбитражный суд Республики Коми с иском к
обществу с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское
Страхование» (далее – страховая медицинская организация) о взыскании
899 000 рублей задолженности за январь 2020 года по счету от 05.02.2020 № 2 и
539 529 рублей 78 копеек за март 2020 года по счету от 02.04.2020 № 5 по
договору от 31.12.2019 № 160 на оказание и оплату медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС).

К участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего
самостоятельные требования, привлечено государственное бюджетное
учреждение Республики Коми «Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Республики Коми» (далее – фонд).

Решением Арбитражного суда Республики Коми от 13.03.2021,
оставленным без изменения постановлением Второго арбитражного
апелляционного суда от 08.06.2021, требования медицинской организации
удовлетворены.

Арбитражный суд Волго-Вятского округа постановлением от 15.09.2021
оставил без изменения решение суда первой инстанции и постановление суда
апелляционной инстанции.

Фонд обратился в Верховный Суд Российской Федерации с кассационной
жалобой на указанные судебные акты, в которой просит их отменить и принять
новый судебный акт по делу об отказе медицинской организации в
удовлетворении заявленных требований.

Определением судьи Верховного Суда Российской Федерации Першутова А.Г. от 08.02.2022 кассационная жалоба фонда вместе с делом передана для рассмотрения в судебном заседании Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации.

Изучив материалы дела, проверив в соответствии с положениями статьи 291¹⁴ Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации законность обжалуемых судебных актов в пределах доводов, изложенных в кассационной жалобе, отзыве на нее ответчика и письменных пояснениях истца, выслушав представителей участвующих в деле лиц, Судебная коллегия установила следующее.

Между страховой медицинской организацией и медицинской организацией заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС от 31.12.2019 № 160, согласно пункту 1 которого медицинская организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

Страховая медицинская организация обязуется оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС (приложение 1 к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, в течение трех рабочих дней после получения средств ОМС от фонда путем перечисления указанных средств на расчетный счет медицинской организации на основании предъявленных медицинской организацией счетов и реестров счетов, до 18 числа каждого месяца включительно (пункт 4.1 договора).

Дополнительным соглашением от 31.01.2020 № 1 к указанному договору стороны определили объемы медицинской помощи по территориальной программе ОМС на 2020 год, в части амбулаторно-поликлинической помощи, а именно: посещений с профилактической целью – 25 случаев, обращений – 50 случаев.

Медицинская организация 25.12.2019 подала ходатайство в комиссию по разработке территориальной программы ОМС на территории Республики Коми, о наделении объемами медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с полученной лицензией на оказание первичной

специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Решением комиссии от 25.02.2020 № 147 ходатайство частично удовлетворено, а именно: медицинская организация наделена объемами оказания медицинской помощи в количестве 25 случаев в условиях дневного стационара (в части филиала медицинской организации).

Дополнительным соглашением от 28.02.2020 № 2 объемы оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в количестве 25 случаев были включены в годовые объемы на 2020 год.

Медицинская организация в январе и марте 2020 года оказала застрахованным гражданам медицинские услуги в рамках территориальной программы ОМС.

Страховая медицинская организация не оплатила оказанные услуги, размер задолженности составил 1 438 529 рублей 78 копеек.

Претензией от 25.05.2020 медицинская организация потребовала от страховой медицинской организации погасить образовавшуюся задолженность. Претензия была получена страховой медицинской организацией 28.05.2020, однако оставлена без удовлетворения.

Указанные обстоятельства послужили основанием для обращения медицинской организации с настоящим иском.

Рассматривая настоящий спор, руководствуясь положениями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон № 326-ФЗ), приняв во внимание заключение судебной экспертизы, суды признали подтвержденным факт оказания медицинской организацией медицинских услуг на спорную сумму с надлежащим качеством и, в отсутствие доказательств уплаты долга, удовлетворили иск. При этом суды указали, что оказанные медицинской организацией услуги сверх установленного объема медицинской помощи по территориальной программе ОМС на 2020 год относятся к страховым случаям и подлежат оплате в заявленном размере.

Однако выводы судов нельзя признать правомерными.

Согласно части 1 статьи 40 Закона № 326-ФЗ контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой

программы обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, устанавливающим, в том числе, формы его проведения, его продолжительность, периодичность, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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

В Определении Апелляционной коллегии Верховного Суда Российской Федерации от 20.02.2020 № АПЛ19-569 отмечается, что пункт 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 от 28.02.2019 № 36, относит к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, являющимся основанием для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; 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 обязательному медицинскому страхованию сторонами этого договора.

Соответственно, поскольку, как это следует из установленных судами обстоятельств, медицинской организацией оказаны услуги с превышением объемов оказания медицинской помощи, установленных решением комиссии, при этом счета и реестры счетов на спорную сумму не прошли формально-логический контроль в фонде и медицинская организация не обращалась с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи, у

медицинской организации отсутствовало право на истребование у страховой медицинской организации спорной суммы.

Медицинская организация согласилась с выделенным объемом предоставления медицинской помощи и не обжаловала решение комиссии по разработке территориальной программы ОМС на территории Республики Коми и не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов с учетом фактической потребности медицинской организации.

Страховая медицинская организация выполнила свои обязательства по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС от 31.12.2019 № 160 надлежащим образом и оплатила оказанную медицинской организацией медицинскую помощь в пределах объемов, выделенных для нее.

При таких обстоятельствах Судебная коллегия Верховного Суда Российской Федерации считает, что обжалуемые судебные акты подлежат отмене на основании части 1 статьи 291¹¹ Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, а заявление медицинской организации – оставлению без удовлетворения.

Руководствуясь статьями 176, 291¹¹ – 291¹⁵ Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации

определила:

решение Арбитражного суда Республики Коми от 13.03.2021 по делу № А29-7771/2020, постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 08.06.2021 и постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 15.09.2021 по тому же делу отменить.

В удовлетворении заявленных требований обществу с ограниченной ответственностью «А-Клиник» отказать.

Председательствующий судья

А.Г. Першутов

Судья

Т.В. Завьялова

Судья

Н.В. Павлова