

ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 305-ЭС22-1799

О П Р Е Д Е Л Е Н И Е

Дело № А41-81487/2020

г. Москва

10.08.2022

Резолютивная часть определения объявлена 10.08.2022.

Полный текст определения изготовлен 10.08.2022.

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

председательствующего судьи Иваненко Ю.Г.,
судей Першутова А.Г., Тютин Д.В.,

рассмотрела в открытом судебном заседании кассационную жалобу Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на решение Арбитражного суда Московской области от 28.05.2021 по делу № А41-81487/2020, постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 15.07.2021 и постановление Арбитражного суда Московского округа от 26.11.2021 по тому же делу

по иску общества с ограниченной ответственностью «МегаМедикл» к Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Московской области о взыскании задолженности в размере 6 503 060 рублей.

В судебном заседании приняли участие представители:

общества с ограниченной ответственностью «МегаМедикл» –
Мотин Н.Я., Огурцова И.Н.;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области – Кириллов К.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 «МегаМедикл» (далее – общество) обратилось в Арбитражный суд Московской области с иском к Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Московской области (далее – фонд) о взыскании задолженности в размере 6 503 060 рублей с учетом уточнения требований в порядке статьи 49 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Решением Арбитражного суда Московской области от 28.05.2021, оставленным без изменения постановлением Десятого арбитражного апелляционного суда от 15.07.2021, требования общества удовлетворены.

Арбитражный суд Московского округа постановлением от 26.11.2021 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 обществу в удовлетворении заявленных требований.

Определением судьи Верховного Суда Российской Федерации Першутова А.Г. от 08.07.2022 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 и отзыве на нее, выслушав представителей участвующих в деле лиц, Судебная коллегия установила следующее.

Осуществляющее деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) и расположенное на территории Московской области общество в рамках базовой Московской областной программы ОМС в сентябре 2020 года оказало медицинскую помощь лицам, застрахованным по

программе ОМС в других субъектах Российской Федерации, на общую сумму 9 113 626 рублей, направив в фонд соответствующие счета и реестры счетов для оплаты, необходимые данные об оказанной медицинской помощи, акты приема-передачи указанных данных, технологические протоколы и иные сведения и учетные документы, подтверждающие факт оказания этой медицинской помощи.

Однако фонд оплату медицинской помощи, оказанной в сентябре 2020 года, не произвел, несмотря на то, что сроки оплаты наступили.

На претензию общества от 23.11.2020 № 420 фонд в письме от 25.11.2020 ИСХ-12489/07-03 сообщил, что по представленному обществом счету за медицинскую помощь, оказанную в сентябре 2020 года лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, произведен медико-экономический контроль, по результатам которого сумма удержания составила 6 503 060 рублей. Сумма к оплате по счету с учетом результатов медико-экономического контроля составила 2 610 566 рублей.

Указанные обстоятельства послужили основанием для обращения общества в арбитражный суд с настоящим иском о взыскании с фонда задолженности в размере 6 503 060 рублей.

Рассматривая спор, признав доказанным факт оказания обществом медицинских услуг по базовой программе ОМС на спорную сумму с надлежащим качеством и в спорном размере, руководствуясь положениями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ), Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ), Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н (далее – Положение № 543н), Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н (далее – Положение № 796н), суды пришли к выводу о правомерности требований общества и удовлетворили иск. При этом отклоняя доводы фонда о том, что общество может оказывать плановую специализированную медицинскую помощь самостоятельно обратившимся к нему гражданам, застрахованным в ином субъекте Российской Федерации, при условии прикрепления к медицинской организации общества, чего в спорной ситуации не было, суды исходили из того, что согласно положениям указанных

нормативно-правовых актов граждан вправе самостоятельно обратиться в медицинскую организацию, независимо от наличия прикрепления к этой медицинской организации, за оказанием первичной медико-санитарной помощи. Если гражданину оказывается первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная помощь, то соответствующий врач-специалист медицинской организации, оказывающий такую помощь, является лечащим врачом, то есть врачом, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. 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, прикрепленный к медицинской организации в другом субъекте Российской Федерации, при наличии направления врача, оказавшего ему первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, не по месту прикрепления, имеет право на специализированную медицинскую помощь в плановой форме не по месту прикрепления.

Однако выводы судов нельзя признать правомерными.

В соответствии с пунктом 1 статьи 3 Закона № 326-ФЗ обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования установлены статьей 4 Закона № 326-ФЗ, среди них - обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования, а также устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования.

В соответствии с пунктом 3 статьи 2 Закона № 323-ФЗ медицинская помощь – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Частью 1 статьи 37 Закона № 323-ФЗ установлено, что медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается: 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; 3) на основе клинических рекомендаций; 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Из системного толкования указанных выше норм следует, что федеральный законодатель, принимая Закон № 323-ФЗ и Закон № 326-ФЗ, стремился гарантировать каждому лицу, нуждающемуся в медицинской помощи, возможность получения такой помощи, но, вместе с тем, в установленном, а не произвольном порядке, с учетом соблюдения принципов осуществления обязательного медицинского страхования, что, в свою очередь, должно гарантировать как максимальную своевременность и эффективность оказания медицинской помощи пациенту, так и учет публичных интересов, в том числе связанных с планированием, обеспечением и распределением финансирования в рамках деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования и его территориальных органов.

Так, в целях реализации указанных принципов Правительство Российской Федерации постановлением от 09.11.2018 № 1337 утвердило Правила определения численности застрахованных лиц в целях формирования бюджетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Данные правила устанавливают методику определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета фонда обязательного медицинского страхования – федерального и территориального, из которой следует, что бюджет фонда обязательного медицинского страхования формируется по территориальному признаку.

Таким образом, реализация программы ОМС и государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи основана на финансировании из публичных средств бюджета и, в целях эффективного расходования таких средств и качественного оказания медицинской помощи, компетентные органы устанавливают правила и порядок оказания медицинской помощи.

В соответствии со статьей 32 Закона № 323-ФЗ к видам медицинской помощи относятся: 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь.

Согласно части 4 статьи 32 Закона № 323-ФЗ формами оказания медицинской помощи являются: 1) экстренная; 2) неотложная; 3) плановая.

В соответствии с частью 6 статьи 21 Закона № 323-ФЗ при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 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 пункту 21 Положения № 796н выбор медицинской организации при оказании пациенту специализированной медицинской помощи в плановой форме за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка 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».

Согласно пункту 12 Приказа № 1342н выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации, принявшей заявление.

Лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения (пункт 15 статьи 2 Закона № 323-ФЗ).

Порядок направления лечащим врачом застрахованных лиц в медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с единым 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 (пункт 3 и 7 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н).

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

Указанный порядок позволяет обеспечивать максимально эффективное и обоснованное оказание медицинской помощи пациенту, поскольку именно врачи медицинской организации, выбранной пациентом в соответствии с Приказом № 1342н, в процессе наблюдения за пациентом и историей его болезни имеют наиболее объективное представление о его состоянии и необходимости оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке, в том числе и посредством направления в иную медицинскую организацию.

Соблюдение указанного порядка позволяет территориальным органам ФОМС эффективно расходовать средства на действительно необходимую медицинскую помощь, учитывать изменения в количественных показателях программы ОМС на территории субъектов Российской Федерации, планировать соответствующие обоснованные перерасчеты и выплаты.

Однако в настоящем случае указанный порядок оказания медицинской помощи обществом соблюден не был. Как установлено судами, общество оказывало специализированную медицинскую помощь в плановом порядке пациентам за пределами территории субъектов Российской Федерации, в которых они проживали, при этом лица, обратившиеся в клинику общества, не выбирали ее в качестве медицинской организации в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка 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».

Следовательно, учитывая указанное выше нормативное регулирование, вопреки доводам общества, оплата за счет средств ОМС плановой специализированной медицинской помощи при самостоятельном обращении лица в медицинское учреждение невозможна. Такая оплата возможна в случае самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию исключительно при оказании специализированной медицинской помощи, как было указано выше, в экстренной и неотложной форме. В соответствии с пунктом 13 Положения № 796н для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент самостоятельно обращается в медицинскую организацию или доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи в соответствии с Правилами осуществления медицинской эвакуации при оказании скорой медицинской помощи.

Ссылка на Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (утверждено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н) в настоящем случае не является обоснованной, поскольку указанный акт регулирует порядок оказания первичной медико-санитарной помощи, а не специализированной помощи.

Таким образом, в настоящем случае фонд правомерно отказал в выплате обществу, так как по результатам медико-экономического контроля установил, что обществом нарушен порядок госпитализации застрахованных лиц в плановой форме – без направления лечащего врача медицинской организации, принявшей заявление застрахованного лица; соответственно, в полученных фондом от клиники документах указана медицинская организация (клиника общества), не обладавшая в настоящем случае правом направлять застрахованное лицо на оказание плановой специализированной медицинской помощи.

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 требования общества – 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 Московской области от 28.05.2021 по делу № А41-81487/2020, постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 15.07.2021 и постановление Арбитражного суда Московского округа от 26.11.2021 по тому же делу отменить.

В удовлетворении требований общества с ограниченной ответственностью «МегаМедикл» отказать.

Председательствующий судья

Ю.Г. Иваненко

Судья

А.Г. Першутов

Судья

Д.В. Тютин