



## АРБИТРАЖНЫЙ СУД МОСКОВСКОГО ОКРУГА

ул. Селезнёвская, д. 9, г. Москва, ГСП-4, 127994,  
официальный сайт: <http://www.fasmo.arbitr.ru> e-mail: [info@fasmo.arbitr.ru](mailto:info@fasmo.arbitr.ru)

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

г. Москва

3 сентября 2018 года

Дело № А40-204855/2017

Резолютивная часть постановления объявлена 27 августа 2018 года

Полный текст постановления изготовлен 3 сентября 2018 года

Арбитражный суд Московского округа

в составе:

председательствующего-судьи Крекотнева С.Н.

судей Кольцовой Н.Н., Кобылянского В.В.

при участии в заседании:

от истца Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального образования «Нефросовет» - Фоминов И.М. по дов. от 30.05.2018; Мунина Ю.А. по дов. 31.12.2018; Джапаридзе Р.М. по дов. от 31.12.2018

от ответчика ОАО «ВТБ МС» - Боткаев С.Д. по дов. от 01.01.2018

от третьего лица Государственного некоммерческого финансово-кредитного учреждения «Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования» - не явился, извещен

рассмотрев 27 августа 2018 года в судебном заседании кассационную жалобу

Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального образования «Нефросовет» (истца)

на решение от 1 марта 2018 года Арбитражного суда города Москвы,

принятое судьей Лихачевой О.В.,

и постановление от 28 мая 2018 года

Девятого арбитражного апелляционного суда,  
принятое судьями Векличем Б.С., Поповой Г.Н., Семикиной О.Н.,  
по иску Медицинского частного учреждения дополнительного профессионального  
образования «Нефросовет»  
к ОАО «ВТБ МС»  
об обязанности принять к оплате счета за медицинскую помощь, взыскании  
задолженности,  
третье лицо: Государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение  
«Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского  
страхования».

#### УСТАНОВИЛ:

Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет» (далее – истец, организация) 01.11.2017 обратилось в Арбитражный суд города Москвы с иском к открытому акционерному обществу «ВТБ МС» (далее – ответчик, страховая медицинская организация) об обязанности принять к оплате счета за медицинскую помощь, оказанную в мае - августе 2017 года в сумме 9 230 258 руб. 87 коп. и о взыскании задолженности в размере 8 874 001 руб. 84 коп. С учетом частичного отказа от иска, суд рассмотрел требования истца о взыскании суммы задолженности в размере 12 641 539 руб. 33 коп.

К участию в деле в качестве третьего лица без самостоятельных требований относительно предмета спора привлечено Государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение «Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – третье лицо).

Решением Арбитражного суда города Москвы от 01.03.2018, оставленным без изменения постановлением Девятого арбитражного апелляционного суда от 28.05.2018, принят частичный отказ истца от требования об обязанности ответчика принять к оплате счета за медицинскую помощь, оказанную Медицинское ЧУ ДПО Нефросовет в мае-октябре 2017 года и производство по делу в этой части прекращено, в остальной части в иске отказано.

Законность вынесенных по делу судебных актов проверяется в порядке статьи 274 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации по кассационной жалобе истца, который указывает на то, что судами не учтено, что в

силу требований статьи 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» они не вправе отказать обратившимся к ним за медицинской помощью лицам, сославшись на отсутствие выделенных на этих пациентов процедур (объемов) и факта отказа страховой компании в оплате за оказанные им услуги, тогда как ответчик, отказывая истцу в оплате по причине превышения объемов, по сути, отказывает в оказании полноценной медицинской помощи пациентам, что идет в разрез с самой концепцией существования и деятельности института страхования и гарантией соблюдения качества оказания медицинской помощи.

Как указал истец в своей жалобе, не оплачивая оказанную медицинскую помощь, ответчик вынуждает истца нести невозполнимые убытки, связанные с надлежащим завершением процедуры, прерывание которой (нарушение кратности ее оказания) приводит к смерти. Более того, предъявленное истцом к ответчику требование коррелируется с принципом возмездности осуществления медицинскими организациями своей деятельности в системе ОМС за счет денежного фонда ОМС. Закон об ОМС не содержит норм, обязывающих медицинские организации, включенные в систему ОМС, осуществлять свою деятельность бесплатно за счет собственных средств. При этом ответчик не оспаривает ни факт оказания медицинских услуг, заявленных истцом, ни качество данных услуг. При этом суды рассмотрели взаимоотношения сторон исключительно в гражданско-правовой плоскости. По мнению судов, права и обязанности сторон существовали в отрыве от происходящих в системе ОМС Кировской области процессов, а также принимаемых Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС по Кировской области решений, участником которой как представитель СМО региона, является ответчик. А там, где эти процессы и решения по искусственному занижению Комиссией объемов медицинской помощи, влияли на обязанности истца и не в его пользу, суды признали это предпринимательским риском истца по работе в системе ОМС.

В связи с этим податель кассационной жалобы просит обжалуемые по делу судебные акты отменить и принять по делу новый судебный акт об удовлетворении иска.

В соответствии с абзацем 2 части 1 статьи 121 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации информация о принятии

кассационной жалобы истца к производству, о месте и времени судебного заседания была размещена на официальном Интернет-сайте суда: <http://www.fasmo.arbitr.ru>.

Надлежащим образом извещенное о месте и времени судебного разбирательства третье лицо явку своего представителя в суд кассационной инстанции не обеспечило, что в силу части 3 статьи 284 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации не является препятствием для рассмотрения дела в отсутствие этого лица.

Согласно требованиям части 1 статьи 286 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации арбитражный суд кассационной инстанции проверяет законность решений, постановлений, принятых арбитражным судом первой и апелляционной инстанций, устанавливая правильность применения норм материального права и норм процессуального права при рассмотрении дела и принятии обжалуемого судебного акта и исходя из доводов, содержащихся в кассационной жалобе и возражениях относительно жалобы, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом.

Судебные акты, в части прекращения производства по делу в связи с отказом истца от части исковых требований, сторонами не обжалуются, возражения истца сводятся к несогласию с судебными актами в части отказа в иске.

В заседании суда кассационной инстанции 27.08.2018 представители истца поддержали доводы и требования своей кассационной жалобы.

Представитель ответчика по доводам кассационной жалобы возражал, ссылаясь на соблюдение норм материального и процессуального права при принятии обжалуемых судебных актов, пояснил, что, по его мнению, доводы, изложенные в кассационной жалобе, не основаны на нормах права, а направлены на переоценку обстоятельств и доказательств, представленных в материалы дела, что не отнесено к компетенции суда кассационной инстанции в силу положений статьи 286 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Обсудив заявленные доводы, выслушав объяснения сторон и проверив в порядке статьи 286 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации законность принятых по делу судебных актов, суд кассационной инстанции приходит к выводу, что принятые по делу судебные акты в части отказа в иске

подлежат отмене с направлением дела на новое рассмотрение в этой части в суд первой инстанции.

При рассмотрении спора по существу судами установлено, что правоотношения сторон возникли из заключенного 01.01.2017 между истцом и правопродшественником ответчика типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС № 98/р, в соответствии с которым организация обязалась оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация - оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС).

Истцом Кировскому филиалу ответчика переданы счета на оплату медицинской помощи по ОМС, по которым ответчиком выставлены акты с отказом в оплате.

Истец указывал на то, что в соответствии с пунктом 5.16.1 договора, он обращался в Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС Кировской области с заявками на внесение изменений в плановые объемы медицинской помощи (перераспределение плановых объемов медицинской помощи между периодами (месяц, квартал), установленные решением комиссии по разработке Территориальной программы ОМС. По всем заявкам Комиссией был направлен отказ на увеличение объемов.

В добровольном порядке ответчиком требования истца не удовлетворены, указанные обстоятельства послужили основанием для обращения истца в суд.

Суд первой инстанции, с выводами которого согласился суд апелляционной инстанции, отказывая в иске, исходил из того, что ответчиком представлены доказательства оплаты за спорный период в объеме, установленном договором, а также в рамках объема, установленного истцу комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования области. Также истец не представил доказательств, подтверждающих обоснованность превышения объемов, утвержденных решением комиссии, как и доказательств наличия задолженности ответчика перед истцом.

Между тем судами не учтено следующее.

Согласно пункту 1 статьи 779 Гражданского кодекса Российской Федерации по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию

заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, которые указаны в договоре возмездного оказания услуг (пункт 1 статьи 781 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Согласно части 5 статьи 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации (часть 1 статьи 81 Закона № 323-ФЗ).

Согласно части 1 статьи 11 Закона № 323-ФЗ отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

Согласно части 2 статьи 19 Закона № 323-ФЗ каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Правоотношения, возникающие в сфере обязательного медицинского страхования, регулируются Законом об ОМС.

Таким образом, порядок и условия исполнения сторонами спорного договора в данном случае регулируется не только общими нормами Гражданского

кодекса Российской Федерации (в том числе, статьи 424, 309, 310, 779, 781 Гражданского кодекса Российской Федерации), а также специальным законодательством - Законом об ОМС и принятыми во исполнение названного Закона нормативно-правовыми актами.

Согласно пункту 10 статьи 36 Закона об ОМС, Положению о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, Комиссия распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями до 1 января года, на который осуществляется распределение 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.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – это составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации (часть 1 статьи 36 Закона об ОМС).

Подпунктом 1 пункта 1 статьи 20 Закона об ОМС предусмотрено право медицинской организации на получение средств за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно пункту 1 статьи 39 Закона об ОМС договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной 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, и страховой медицинской организацией,

участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном названным Законом порядке.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным правилами ОМС (часть 6 статьи 39 Закона об ОМС).

Статья 38 Закона об ОМС предусматривает, что по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств (пункт 1). В случае превышения установленного в соответствии с данным Законом 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 (пункт 6). 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 (пункт 7). 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 указанных средств осуществляется не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки (пункт 8).

Пунктом 123 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н (Правила ОМС) определено, что объемы медицинской помощи устанавливаются медицинской организации на год, с последующей корректировкой при необходимости, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача, с учетом условий, указанных в данном пункте.

Согласно пункту 112 Правил ОМС в случае недостатка объема средств страховой медицинской организации для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце заявка на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды.

В соответствии с пунктом 112.2 Правил ОМС при недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом.

Пунктом 3.5 Типовой формы договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н предусмотрено право страховой медицинской организации обращаться в территориальный фонд за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с увеличением количества застрахованных.

С учетом вышеприведенных норм права, федеральное законодательство не ставит возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования в зависимость от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, бесплатной медицинской помощи, а превышение фактических расходов над запланированными на соответствующий отчетный

период основанием для отнесения разницы на финансовые результаты деятельности медицинского учреждения не является.

Объемы медицинской помощи, устанавливаемые медицинской организацией на год, могут быть скорректированы, решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда принимается Фондом.

Согласно пункту 9 статьи 38 Закона об ОМС основаниями 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 являются: 1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств; 2) 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; 3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

В пункте 110 Правил ОМС установлено, что в соответствии с частью 6 статьи 39 Закона об ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее - Комиссии), по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

Между тем, суды, отказывая в иске, не дали оценку доводам истца о том, что необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, относится к числу случаев по наказанию медицинской организации в размере размера тарифа соответствующей медицинской услуги (пункт 1.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утв. приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка

организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»), поэтому истец не имеет права отказать застрахованному лицу в оказании медицинской помощи в системе ОМС и должен оказать соответствующую услугу себе в убыток, либо он может отказаться от её оказания, но в последующем привлечен ответчиком к финансовой ответственности за такой отказ.

Судами также не устанавливалось, имелось ли превышение общего объема средств, предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования Кировской области в спорный период, обращалась ли страховая медицинская организация в территориальный фонд для получения недостающих средств из нормированного страхового запаса либо отказа территориального фонда в предоставлении средств по основаниям, предусмотренным пунктом 9 статьи 38 Закона об ОМС, в том числе по причине их отсутствия в нормированном страховом запасе.

Судебная коллегия окружного суда отмечает, что недостаточность у страховой медицинской организации средств на покрытие расходов на медицинские услуги по программе ОМС в соответствии с нормами статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», является основанием для обращения страховой медицинской организации к соответствующему территориальному фонду ОМС, отказ которого в выделении необходимых средств может быть оспорен.

Данная позиция отражена в определении Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 18.11.2013 № ВАС-14644/13.

Судами также не исследовался вопрос, чем было вызвано превышение истцом запланированного объема оказанных услуг в спорный период, имел ли право истец отказать в приеме пациентов по обязательному медицинскому страхованию по мотивам превышения запланированных объемов, имела ли право медицинская страховая организация по этим основаниям не оплачивать фактически оказанные услуги, были ли установлены при проведении медико-экономического контроля иные (кроме сверх распределенного объема) нарушения при оказании медицинской помощи со стороны истца, и какие, могут ли они служить

основанием для освобождения ответчика от обязанности оплатить оказанные услуги, предъявлял ли ответчик претензии к срокам, качеству и объему оказанных истцом услуг в спорный период.

При указанных обстоятельствах суд кассационной инстанции приходит к выводу, что судами не установлены все обстоятельства дела, имеющие существенное значение для правильного разрешения спора и необходимые для принятия законного и обоснованного судебного акта, нарушены нормы материального и процессуального права, в связи с чем, обжалуемое решение суда первой инстанции и постановление суда апелляционной инстанции силу пункта 3 части 1 статьи 287, частей 1, 3 статьи 288 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации подлежат отмене с направлением дела на новое рассмотрение в Арбитражный суд первой инстанции.

Исследовать и оценить по правилам статьи 71 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации относимость и допустимость всех представленных по делу доказательств в отдельности, а также достаточность и взаимную связь доказательств в их совокупности. Результаты оценки доказательств отразить в судебном акте, указав мотивы принятия или отказа в принятии доказательств.

Руководствуясь статьями 284, 286-289 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, суд

**ПОСТАНОВИЛ:**

Решение Арбитражного суда города Москвы от 1 марта 2018 года и постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 28 мая 2018 года по делу № А40-204855/2017 отменить в части отказа в удовлетворении исковых требований.

В указанной части дело направить на новое рассмотрение в Арбитражный суд города Москвы.

В остальной части Решение Арбитражного суда города Москвы от 1 марта 2018 года и постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 28 мая 2018 года по делу № А40-204855/2017 оставить без изменения.

Председательствующий-судья

С.Н.Крекотнев

Судьи:

Н.Н.Кольцова

В.В.Кобылянский