

**АРБИТРАЖНЫЙ СУД ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**634050 пр. Кирова д. 10, г. Томск, тел. (3822)284083, факс (3822)284077, <http://tomsk.arbitr.ru>, e-mail: tomsk.info@arbitr.ru**Именем Российской Федерации
Р Е Ш Е Н И Е**

г. Томск

Дело № А67-7389/2016

31.01.2017 – дата оглашения резолютивной части решения

06.02.2017 – дата изготовления решения в полном объеме

Арбитражный суд Томской области

в составе судьи Соколова Д. А.,

при ведении протокола судебного заседания секретарем судебного заседания Т. Е. Игдисановой, рассмотрев в судебном заседании дело по исковому заявлению общества с ограниченной ответственностью «Центр репродуктивных технологий «Аист» (ИНН 7017138881, ОГРН 1067017059933)

к акционерному обществу «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» ИНН 7728170427, ОГРН 1027739008440

третье лицо, не заявляющее самостоятельных требований относительно предмета спора – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области ИНН 7017001421

о взыскании 253 098,42 руб.,

при участии в заседании:

от истца – Р. Р. Сагалитдинова, по доверенности от 01.01.2016;

от ответчика – Т.В. Стяжкиной, по доверенности от 01.01.2017;

от 3-го лица – А. П. Новиковой, по доверенности от 07.01.2017;

УСТАНОВИЛ:

Общество с ограниченной ответственностью «Центр репродуктивных технологий «Аист» (далее по тексту ООО «ЦРТ «Аист»)) обратилось в Арбитражный суд Томской области к акционерному обществу «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (далее по тексту АО «СК «СОГАЗ-Мед»)) с иском, уточненным в порядке статьи 49 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации о взыскании задолженности за не принятую к оплате за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь в дневном стационаре, на сумму 253 047,63 руб.

Определением арбитражного суда от 17.10.2016 дело было назначено к рассмотрению в порядке упрощенного производства, без вызова сторон в соответствии со статьей 228 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

В обоснование заявленного требования истец указал, что между ним и правопродшественником ответчика заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 01.01.2014 № 14/10, в соответствии с которым истец вправе получать средства за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами; увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи во 2 и 3 квартале года не более, чем на 20 % от размера, указанного в пункте 5.5 данного договора. Страховой медицинской организацией не принята сумма к оплате за оказанную страховым лицам

медицинскую помощь в размере 253 047,63 руб. за июнь 2016 года по виду услуг: медицинская помощь, оказанная в дневном стационаре. Отказ в оплате мотивирован превышением ее плановых объемов. По мнению истца, анализ положений пункта 1 статьи 11, пункта 2 статьи 19, пункта 1 статьи 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статей 37, 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», не позволяют отказать в предоставлении медицинской помощи обратившимся застрахованным гражданам, а страховой медицинской организации отказывать в оплате таких услуг.

Определением суда от 17.10.2016 к участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, был привлечен Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области.

Ответчик представил отзыв на исковое заявление, в котором в удовлетворении иска просил отказать. Указал, что в нарушение статьи 65 АПК РФ истцом не представлено обоснования предъявленной суммы, не приложено документов, подтверждающих факт нарушение обязательств со стороны ответчика, а также доказательств того, что все предъявленные к оплате по счетам случаи оказания медицинской помощи являлись экстренными. Кроме того отсутствует расчет исковых требований. В нарушение части 5 статьи 4 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации истцом не соблюден обязательный досудебный порядок урегулирования настоящего спора. Исходя из пояснений ответчика, истец осознанно и целенаправленно, не учитывая положений статьи 42 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», статей 73-76 Приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (л.д. 46-57).

Определением суда от 17.10.2016 к участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, был привлечен Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области (л.д. 1-2).

Третье лицо в отзыве на исковое заявление также указало на необоснованность исковых требований истца. Действующее законодательство и заключенный между сторонами договор в императивной форме устанавливают, что оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (л.д. 62-64).

Определением от 12.12.2016, суд, на основании части 5 статьи 227 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, перешел к рассмотрению спора по общим правилам искового производства; судебное заседание по делу было назначено на 30.01.2017.

В судебном заседании объявлялся перерыв до 31.01.2017.

После перерыва представитель истца настаивал на удовлетворении заявленного искового требования в полном объеме по основаниям, изложенным в исковом заявлении.

Представитель ответчика исковое требование не признал, поддержал доводы, изложенные в отзыве на иск.

Представитель третьего лица просил оставить исковое заявление без удовлетворения.

Исследовав материалы дела, заслушав представителей лиц, участвующих в деле, оценив представленные доказательства по правилам статьи 71 АПК РФ, суд считает исковые требования обоснованными исходя из следующего.

Как следует из материалов дела, между ООО «ЦРТ «Аист» (организация) и ООО «СК «Медика-Томск» (страховая медицинская организация) заключен договор № 14/10 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 01.01.2014, по условиям которого организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь,

оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Пунктом 3.1 договора № 14/10 от 01.01.2014 установлено, что организация вправе получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании договора в соответствии с установленными тарифами; увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи во 2 и 3 квартале года не более, чем на 20 % от размера, указанного в пункте 5.5 настоящего договора (пункт 3.3).

В соответствии с пунктом 4.1 договора № 14/10 от 01.01.2014 страховая медицинская организация обязуется 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 (приложения № 1 к настоящему договору), 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 путем перечисления указанных средств на расчетный счет организации на основании предъявленных организацией счетов и реестров счетов до 20 числа каждого месяца включительно.

Пунктом 5.5 настоящего договора установлено, что организация обязуется направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца заявку на авансирование в размере: 40% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора.

Страховой медицинской организацией не принята сумма за оказание услуг медицинской помощи в условиях дневного стационара за июнь 2016 года в размере 253 047,63 руб. по причине превышения ее плановых объемов (л.д. 12-13).

Истец обратился к ответчику с претензией исх. № 11 от 27.09.2016 (л.д. 14), в которой указал на необходимость оплатить образовавшуюся задолженность, претензия получена ответчиком, о чем свидетельствует штамп с указанием входящего номера (№ 780), однако оставлена без ответа.

Указанные обстоятельства послужили основаниями для обращения истца в суд с настоящим иском.

В соответствии с пунктом 2 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон от 21.11.2011 №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.

Согласно пункту 1 статьи 34 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются, в том числе специализированная медицинская помощь, включающая диагностическую.

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 об ОМС (пункт 1 статьи 81 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Поскольку Территориальная программа обязательного медицинского страхования является гарантией обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью (теми видами, которые поименованы в программе), то лечебное учреждение, включенное в названную

программу, в соответствии с пунктом 1 статьи 11 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, пунктом 2 статьи 20 Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ) не вправе отказать в предоставлении медицинской помощи обратившимся застрахованным гражданам.

В силу статьи 37 Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

На основании частей 1, 2 статьи 39 Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ 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 настоящим Федеральным законом порядке. По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

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 статьи 38 Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Согласно пункту 6 статьи 38 Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в случае превышения установленного в соответствии с настоящим Федеральным 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.

Анализ приведенных норм позволяет сделать вывод о том, что федеральное законодательство не ставит в зависимость возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, бесплатной медицинской помощи.

Истец включен в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, медицинские услуги оказаны им в рамках выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Правила ОМС, которые устанавливают порядок оплаты медицинской помощи по ОМС, утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

В соответствии с пунктом 110 вышеуказанных Правил 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 тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным названными Правилами.

Исходя из содержания пункта 123 Правил ОМС, 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.

Таким образом, объемы медицинской помощи, устанавливаемые на год, могут быть скорректированы.

Доводы ответчика и третьего лица о том, что превышение планового объема медицинской помощи является основанием для отказа в оплате услуг, судом отклоняются ввиду следующего.

Превышение объемов оказания медицинской помощи вызвано объективными причинами - увеличением числа обращений застрахованных. Отказать в медицинской помощи обратившимся гражданам истец не вправе.

В связи с тем, что истец выполнил принятые на себя обязательства по договору, оказав застрахованным лицам необходимую медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, у ответчика возникла обязанность по оплате оказанных услуг.

На основании изложенного, суд приходит к выводу о том, что исковые требования о взыскании задолженности в размере 253 098,42 руб. являются обоснованными и подлежат удовлетворению в полном объеме.

Расходы истца по уплате государственной пошлины в сумме 2 000 руб. по правилам части 1 статьи 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации относятся на ответчика; кроме того, в связи с изменением размера заявленного иска, с ответчика в доход федерального бюджета подлежит уплате 6 066 руб. государственной пошлины.

Руководствуясь статьями 110, 167-171 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, суд

РЕШИЛ:

Взыскать с акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в пользу общества с ограниченной ответственностью «Центр репродуктивных технологий «Аист» 253 298,42 руб. задолженности, в возмещение расходов по оплате государственной пошлины 2 000 руб., а всего 255 298,43 руб.

Взыскать с акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в доход федерального бюджета государственную пошлину в размере 6 066 руб.

На решение суда может быть подана апелляционная жалоба в Седьмой арбитражный апелляционный суд.

Судья

Соколов Д. А.