

**АРБИТРАЖНЫЙ СУД ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

пр. Кирова д. 10, г. Томск, 634050, тел. (3822)284083, факс (3822)284077, <http://tomsk.arbitr.ru>, e-mail: info@tomsk.arbitr.ru

**Именем Российской Федерации
РЕШЕНИЕ**

г. Томск

Дело №А67-7975/2016

14.02.2017

Арбитражный суд Томской области в составе судьи А.В. Хлебникова, при ведении протокола судебного заседания секретарем Н.А. Трушевой, рассмотрев в судебном заседании дело по иску общества с ограниченной ответственностью "Центр репродуктивных технологий "Аист" (ИНН 7017138881, ОГРН 1067017059933) к акционерному обществу "Медицинская акционерная страховая компания" (ИНН 7702030351, ОГРН 1027739099772), третье лицо: Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области (ИНН 7017001421, ОГРН 1027000873789), о взыскании 375 234 руб. 87 коп. основного долга,

при участии в судебном заседании:

от истца: Сагалитдинова Р.Р., по доверенности от 01.01.2017г. №1/2017

от ответчика: Киселева М.В., по доверенности от 18.11.2016г. №145 (МСД)

от третьего лица: Новиковой А.П., по доверенности от 09.01.2017г. №5

У С Т А Н О В И Л:

общество с ограниченной ответственностью "Центр репродуктивных технологий "Аист" (далее – ООО "ЦРТ "Аист") обратилось в арбитражный суд с иском к закрытому акционерному обществу "МАКС-М" (далее – ЗАО "МАКС-М") о взыскании 50 000 руб. основного долга.

Определением от 02.11.2016г. исковое заявление принято к рассмотрению в порядке упрощенного производства. В порядке ст. 51 АПК РФ к участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечен Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области.

ТФОМС Томской области в отзыве на исковое заявление указал, что действующее законодательство и заключенный между истцом и ответчиком договор в императивной форме устанавливают, что оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии. Истец знал при заключении договора на оказание медицинской помощи, что в рамках территориальной программы ОМС он имеет право требовать от страховой медицинской организации оплаты оказанных услуг только в пределах утвержденных ему объемов. Распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией в соответствии с нормативно-правовыми актами и с законодательно закреплёнными критериями. В связи с чем решение о выделении медицинскому учреждению конкретного объема медицинской помощи должно быть соразмерно показателям в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, применимым к данному лечебному учреждению. Истец не обжаловал акты медико-экономического контроля ответчика путем направления претензии в ТФОМС Томской

области в досудебном порядке. Исковые требования ООО "ЦРТ "Аист" к ЗАО "МАКС-М" не подлежат удовлетворению (л. д. 33-36).

Определением от 17.11.2016г. принято заявление истца об увеличении искового требования, в соответствии с которым истец просит взыскать с ответчика 501 134 руб. 87 коп. основного долга. Суд перешел к рассмотрению дела по общим правилам искового производства.

Определением от 20.12.2016г. принято заявление истца об уточнении искового требования, в соответствии с которым истец просит взыскать с ответчика 375 234 руб. 87 коп. основного долга.

Протокольным определением от 19.01.2017г. суд в порядке ст. 124 АПК РФ уточнил ответчика, которым является акционерное общество "Медицинская акционерная страховая компания" (ИНН 7702030351, ОГРН 1027739099772).

Определением от 19.01.2017г. судебное разбирательство в судебном заседании отложено на 14.02.2017г. в 11 час. 00 мин.

Ответчик в отзыве на исковое заявление указал, что договорные отношения между участниками обязательного медицинского страхования и не относятся к возмездным. На истца и ответчика договором возложена обязанность оказывать медицинские услуги и оплачивать медицинскую помощь в пределах объемов, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования. На ответчика возложена обязанность устанавливать превышение медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы. Истцом нарушен не только досудебный порядок, установленный специальным законодательством в сфере обязательного медицинского страхования, но и произведен неверный расчет суммы исковых требований.

В судебном заседании объявлялся перерыв до 16 час. 00 мин 14.02.2017г.

После перерыва истцом представлены дополнительные пояснения с учетом отзыва ответчика, в котором истец указал, что период образования задолженности в заявленном в иске размере (375 234 руб. 87 коп.) является июнь 2016г. – сентябрь 2016г., размер задолженности подтвержден также актом медико-экономического контроля №886 от 20.10.2016г.

Протокольным определением от 14.02.2017г. судом в порядке ст. 49 АПК РФ принято уточнение иска в части периода взыскания.

На вопрос суда представитель ответчика пояснил, что истцом неверно произведен расчет цены иска за период июнь-август 2016г., однако заявленный размер требований (375 234 руб. 87 коп.) соответствует периоду июнь 2016г. – сентябрь 2016г.

Представитель третьего лица в судебном заседании поддержала позицию ответчика.

Заслушав представителей сторон, исследовав материалы дела, суд установил следующее.

01.01.2014 ЗАО "МАКС-М" (страховая медицинская организация) и ООО "ЦРТ "Аист" (организация) заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию № 08/2014/ОМС, в соответствии с которым 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 (л. д. 8-13).

В п. 3 договора закреплены права организации: получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании настоящего договора в соответствии с установленными тарифами; обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической

экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации: увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование), во II и III квартале года не более чем на 20% от размера, указанного в пункте 5.5 настоящего договора (п. п. 3.1.-3.3. договора).

В соответствии с п. 4.1. договора страховая медицинская организация 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 (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.

Согласно п. 4.5. договора страховая медицинская организация обязана проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования.

Пунктом 5.5. договора установлено, что организация обязуется направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца заявку на авансирование в размере до 55% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора.

Договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря года, в котором он был заключен. Действие договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за 30 дней до его окончания (п. п. 9-10 договора).

Страховой медицинской организацией не принята сумма к оплате за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь в размере 501 134 руб. 87 коп. за период с июня 2016г. по сентябрь 2016г. по виду услуг: медицинская помощь, оказанная в дневном стационаре, что подтверждается: актом экономической экспертизы оплаты медицинской помощи от 13.07.2016г. №616 с приложением акта медико-экономического контроля №21297 от 08.07.2016г.; актом экономической экспертизы оплаты медицинской помощи от 10.08.2016г. №679 с приложением акта медико-экономического контроля №639 от 24.08.2016г., акта медико-экономического контроля №21724 от 06.08.2016г.; актом экономической экспертизы оплаты медицинской помощи от 12.09.2016г. №795 с приложением акта медико-экономического контроля № 803 от 26.09.2016г., акта медико-экономического контроля №22112 от 08.09.2016г., акта медико-экономического контроля №886 от 20.10.2016г.

27.09.2016г. истец обратился к ответчику с претензией исх. №12, в которой потребовал оплатить оказанные объемы медицинской помощи.

Требование претензии ответчиком не исполнено, что послужило основанием обращения ООО "ЦРТ "Аист" в арбитражный суд с настоящим иском.

Рассмотрев спор, оценив в соответствии со ст. 71 АПК РФ представленные в материалы дела доказательства, суд приходит к следующим выводам по существу заявленных требований.

В соответствии с п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон от 21.11.2011г. №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 п. 1 ст. 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 (п. 1 ст.81 Закона от 21.11.2011г. №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 п. 1 ст. 11 Закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ, п. 2 ст. 20 Закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон от 29.11.2010г. №326-ФЗ) не вправе отказать в предоставлении медицинской помощи обратившимся застрахованным гражданам.

В силу ст. 37 Закона от 29.11.2010г. №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 п. п. 1, 2 ст. 39 Закона от 29.11.2010г. №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 (п. 1 ст. 38 Закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ).

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 28.02.2011г. №158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

В соответствии с п. 110 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 п. 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.

Факт оказания за период с июня 2016г. по сентябрь 2016г. истцом застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе размер задолженности за названные услуги подтверждается материалами дела и сторонами не оспаривается. Доказательств того, что медицинская помощь истцом не оказана, или оказана по видам услуг, не предусмотренным территориальной программой обязательного медицинского страхования, по завышенным тарифам, некачественно, или в ином объеме, не представлено.

В силу п. 1 ст. ГК РФ 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.

В соответствии со ст. 309 и 310 ГК РФ обязательства должны исполняться надлежащим образом, односторонний отказ от их исполнения не допускается.

Поскольку законодательство гарантирует оказание гражданам бесплатной медицинской помощи по системе ОМС, то оказанные медицинскими организациями в надлежащем порядке медицинские услуги сверх установленного объема относятся к страховым случаям и подлежат оплате. Аналогичная правовая позиция изложена в Определениях Верховного Суда Российской Федерации от 17.06.2015г. №307-ЭС15-6069, от 23.05.2016г. №301-ЭС16-3997.

Частью 6 ст. 38 Закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ предусмотрено, что в случае превышения установленного в соответствии с названным 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. Доказательств того, что имеются основания для отказа в предоставлении средств из

нормированного страхового запаса сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи, в материалы дела не представлено.

Кроме того, заявляя возражения о превышении истцом планового объема медицинской помощи, ответчик не представил доказательств того, что данное превышение обусловлено обстоятельствами, которые не предоставляют страховой медицинской организации в соответствии с п. 6 ст. 28 Федерального закона об ОМС право на обращение в территориальный фонд для получения недостающих средств из нормированного страхового запаса территориального фонда.

Действующее законодательство об обязательном медицинском страховании, являясь составной частью государственного социального страхования, призвано обеспечить всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования.

Достижение данной цели обеспечивается, кроме прочего, надлежащим исполнением участниками обязательного медицинского страхования своих обязанностей в рамках заключенных в соответствии со ст. 37 Федерального закона об ОМС договоров.

При этом недостаточность средств на оплату медицинской помощи в объеме, распределенном на конкретную страховую организацию, не должна влечь отказ в ее оплате, равно как и отказ в оказании медицинской помощи, а является основанием для реализации механизма привлечения резервных средств территориального фонда медицинского страхования.

Суд также отмечает, что страховая компания не лишена возможности обращения в Территориальный фонд для целей урегулирования вопроса об оплате стоимости превышение планового объема медицинской помощи по вышеназванному договору.

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

Законодательство не ставит возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС в зависимость от запланированного общего объема таких услуг. Поскольку действующее законодательство гарантирует оказание гражданам бесплатной медицинской помощи в системе ОМС, оказанные медицинскими организациями в надлежащем порядке медицинские услуги сверх установленного объема относятся к страховым случаям и подлежат оплате.

При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке (п. 5 ст. 42 Закона №326-ФЗ).

В рассматриваемом случае медицинская организация обратилась непосредственно в арбитражный суд, используя один из способов защиты гражданских прав, предусмотренных ст. 12 ГК РФ.

Не обжалование решения территориального фонда не препятствует истцу требовать взыскания задолженности за оказанные медицинской организацией услуги в соответствии со ст. 781 ГК РФ и условиями договора.

При этом в претензии истец потребовал от ответчика оплатить сложившуюся задолженность, поэтому ссылка на несоблюдение истцом досудебного порядка разрешения спора судом отклоняется.

Таким образом, требование истца о взыскании 375 234 руб. 87 коп. задолженности за период с июня 2016г. по сентябрь 2016г. по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 01.01.2014г. №08/2014/ОМС является обоснованным и подлежит удовлетворению.

Расходы по оплате государственной пошлины по иску согласно ч. 1 ст. 110 АПК РФ относятся на ответчика.

Руководствуясь ст. ст. 110, 168-171 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, суд

Р Е Ш И Л:

Взыскать акционерного общества "Медицинская акционерная страховая компания" (ИНН 7702030351, ОГРН 1027739099772) в пользу общества с ограниченной ответственностью "Центр репродуктивных технологий "Аист" (ИНН 7017138881, ОГРН 1067017059933) 375 234 руб. 87 коп. основного долга, 2 000 руб. в возмещение расходов по уплате государственной пошлины, всего взыскать 377 234 руб. 87 коп.

Взыскать акционерного общества "Медицинская акционерная страховая компания" (ИНН 7702030351, ОГРН 1027739099772) в доход федерального бюджета 8 505 руб. государственной пошлины.

Решение может быть обжаловано в суд апелляционной инстанции в течение месяца со дня принятия.

Судья

А. В. Хлебников