

**Аналитическая справка
по результатам обобщения судебной практики по делам,
связанным с применением отдельных положений Федерального закона
от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в
Российской Федерации»**

В соответствии с пунктом 2.3 плана работы Четырнадцатого арбитражного апелляционного суда (далее – 14 ААС) на первое полугодие 2021 года проведен анализ судебной практики рассмотрения дел, связанных с применением отдельных положений Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ, Закон об ОМС).

Основными задачами работы по обобщению судебной практики являлись:

- анализ применения судами норм действующего законодательства, регулирующего отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;
- определение актуальных вопросов, возникающих при разрешении споров, связанных с применением Закона об ОМС.

Согласно статистическим данным за период с 01.01.2019 по 30.04.2021 в порядке апелляционного производства рассмотрено 122 дела указанной категории, в том числе 46 дел за 2019 год, 65 дел за 2020 год и 11 дел за 4 месяца текущего года.

В окружной суд обжалованы судебные акты по 47 делам, из них 3 судебных акта отменены, остальные – оставлены в силе.

В Судебную коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации (далее – ВС РФ) обжалованы судебные акты по 10 делам – во всех случаях в передаче кассационных жалоб на рассмотрение Судебной коллегии ВС РФ отказано.

В настоящей справке внимание обращено на актуальные и интересные примеры судебной практики по разрешению споров, возникающих при взаимодействии субъектов и участников обязательного медицинского страхования.

I. Споры относительно условий тарифных соглашений

Тарифное соглашение в сфере ОМС, заключается между органом исполнительной власти субъекта, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (часть 2, статьи 30 Закона № 326-ФЗ).

Предметом тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС лицам в

рамках территориальной программы ОМС (Приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»).

Территориальную программу ОМС разрабатывает комиссия, в состав которой на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации (статья 36 Закона № 326-ФЗ).

1.1 Подведомственность споров по внесению изменений в тарифные соглашения.

Предметом судебного разбирательства явилось заявление Учреждения здравоохранения о признании недействительным решения Комиссии о внесении изменений в Тарифное соглашение в сфере ОМС на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов в части изменения уровня оказания Учреждением медицинской помощи.

Определением суда первой инстанции, оставленным без изменения судом апелляционной инстанции, производство по делу прекращено на основании пункта 1 части 1 статьи 150 АПК РФ. Суды указали, что оспаривание принятого Комиссией решения следует производить в рамках дела о признании недействующим нормативного правового акта в суде общей юрисдикции, поскольку оспариваемый правовой акт рассчитан на неоднократное применение, устанавливает тарифы, адресованные неопределенному кругу лиц.

Окружной суд не согласился с такой позицией, отметив, что Учреждение оспаривает решение Комиссии, которым изменен уровень оказания заявителем медицинской помощи, и это решение повлекло правовые последствия, а именно внесение изменений в Тарифное соглашение, стороной которого Комиссия не является (пункт 2 статьи 30 Закона № 326-ФЗ). Принимаемые Комиссией решения являются обязательными для всех участников ОМС на территории субъекта Российской Федерации, круг которых ограничен и определен статьей Закона № 326-ФЗ.

Таким образом, решение Комиссии обладает признаками ненормативного правового акта, принято в отношении Учреждения здравоохранения и может затрагивать права и законные интересы заявителя, в силу чего должно быть предметом проверки арбитражного суда¹.

¹ Постановления 14ААС от 28.08.2019, АС СЗО от 20.11.2019 по делу № А05-6691/2019.

1.2 Определение Фондом ОМС численности обслуживаемого медицинской организацией населения

Общество оспорило в судебном порядке действия территориального фонда ОМС (далее – Фонд) в части установления показателя численности обслуживаемого им населения.

Общество сослалось на то, что в месте расположения его станции скорой помощи находится Поликлиника, с прикрепленным населением в количестве 71 466 человек, и просило Фонд выделить территорию обслуживания с численностью населения в 40 000 человек.

Фондом принято решение определить численность населения, обслуживаемого Обществом, в количестве 21 300 человек и 6177 вызовов скорой помощи, рассчитанных в соответствии с Территориальной программой ОМС на 2020 год, устанавливающей норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации в размере 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо.

На основании статьи 36 Закона об ОМС объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Фонда, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями 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.

Фонд ведет «Регистр прикрепившегося населения», формирует сегменты «Регистра страховых медицинских организаций» и сегменты «Регистра медицинских организаций» по состоянию на 1 число каждого месяца. Исходя из данных «Регистра прикрепившегося населения» фонд ежемесячно формирует «Регистр СМП» и направляет его всем участникам в сфере ОМС. А из ежемесячного «Регистра СМП» берут данный показатель численности страховые медицинские организации и используют его для расчета объема финансирования.

Суды удовлетворили требования Общества, признав, что Фондом не доказана правильность расчета количества обслуживаемого Обществом населения не в соответствии с Тарифным соглашением, а с применением расчетного способа исходя из норматива объема СМП на календарный год, который применяется только для определения соответствия количества вызовов численности обслуживаемого населения, но не для определения самой численности. Кроме того, судами было учтено, что последующим решением Фонда Обществу установлен объем скорой медицинской помощи на 2020 год в количестве 8 000 вызовов, исходя из численности обслуживаемого населения 27 586 человек, при этом территория, обслуживаемая Обществом,

соответствующих изменений не претерпела.²

1.3 Распределение и перераспределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере ОМС

Пример 1

Управление Федеральной антимонопольной службы, проведя проверку по поступившей жалобе, установило, что областная Комиссия по разработке территориальной программы ОМС распределяет объемы медицинской помощи между медицинскими организациями произвольно и неравномерно, без учета каких-либо определенных критериев, и выдало Правительству области (сформировавшему указанную Комиссию) предупреждение о необходимости обеспечить разработку и реализацию механизма распределения объемов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС.

Поскольку в установленный срок предупреждение не было исполнено, УФАС возбудило дело о нарушении антимонопольного законодательства, по результатам рассмотрения которого вынесло решение о нарушении Правительством части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, в том числе пункта 8 части 1 указанной статьи.

Правительство оспорило его в судебном порядке.

Суд первой инстанции пришел к выводу, что применяемый на территории области порядок распределения объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, не обеспечивает равного доступа всех заинтересованных медицинских организаций на рынок оказания медицинских услуг в рамках данной программы, а из решений Комиссии невозможно установить критерии, используемые при определении объема оказания медицинской помощи, в связи с чем отказал в удовлетворении заявленных требований.

Апелляционная инстанция, отменяя решение суда первой инстанции, сослалась на то, что положениями части 10 статьи 36 Закона № 326-ФЗ установлены основные критерии, являющиеся основаниями для распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования.

Окружной суд в данном случае поддержал позицию суда первой инстанции, указав, что названной нормой установлены лишь основные показатели, которые должны учитываться при распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере ОМС: численность и половозрастная структура застрахованных лиц, количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребность застрахованных лиц в медицинской помощи.

В свою очередь, решение о выделении каждой медицинской организации конкретного объема медицинской помощи с учетом показателей,

² Постановление 14ААС от 23.12.2020 по делу № А05-3676/2020.

перечисленных в части 10 статьи 36 Закона № 326-ФЗ, должно быть основано на установленных критериях распределения медицинской помощи, отвечающих принципам прозрачности и сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи.

Какого-либо объективного расчета с учетом законодательно установленных частью 10 статьи 36 Закона № 326-ФЗ принципов определения объема предоставления медицинской помощи, а также обоснования распределения между конкретными медицинскими организациями объемов медицинской помощи в решениях Комиссии не содержится. Указанное обстоятельство вызвано отсутствием установленных объективных критериев и методики распределения объемов предоставления медицинской помощи, что относится в компетенцию Правительства как органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, ответственного в силу статьи 36 Закона № 326-ФЗ за утверждение территориальной программы ОМС.³

В свете изложенного примера, необходимо отметить позицию Верховного Суда РФ, изложенную в определении от 17.03.2020 № 302-ЭС20-2873.

Верховный Суд РФ указал, что действующее законодательство в сфере ОМС не содержит положений, обязывающих правительство, помимо имеющегося регулирования, разработать и реализовать механизм (систему) распределения объемов оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС, предусматривающий обязательные для комиссии объективные критерии распределения объемов оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС.

Таким образом, судебная практика по данному вопросу находится в стадии формирования.

Пример 2

В рамках другого дела Общество обратилось в УФАС с жалобой на действия областной Комиссии при распределении объемов скорой медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, в которой просило признать действия Комиссии и Правительства, выразившиеся в выделении Обществу на 2019 год незначительного объема по скорой медицинской помощи в размере 439 вызовов в год, нарушающими пункт 1 части 1 статьи 15, пункты 3 и 4 статьи 16 Закона о защите конкуренции.

УФАС отказало Обществу в возбуждении дела о нарушении антимонопольного законодательства на основании того, что оно исключено из Реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС им и

³ Постановления 14ААС от 20.03.2019, АС СЗО от 26.06.2019 по делу № А44-6311/2018.

страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС на 2019 год, не заключен.

Признавая отказ УФАС неправомерным, суды первой и апелляционной инстанций указали, что решение не осуществлять деятельность на рынке услуг скорой медицинской помощи в 2019 году принято Обществом именно в связи с выделением незначительного объема вызовов по сравнению с иными участниками рынка таких услуг и возможностью возникновения значительных убытков, которые могут привести к банкротству Общества.

Само по себе исключение общества из Реестра не свидетельствует об отсутствии нарушения прав заявителя. А без соответствующей проверки и анализа документов, содержащих критерии оценки субъектов, претендующих на получение объемов услуг скорой медицинской помощи, и их сопоставления невозможно установить были ли созданы условия, возможности для наступления последствий в виде недопущения, ограничения либо устранения конкуренции органом, осуществляющим публичные полномочия, имеются ли признаки нарушения антимонопольного законодательства в действиях Комиссии.⁴

II. Споры по вопросам целевого использования денежных средств ОМС

Закон № 326-ФЗ устанавливает последовательное заключение цепочки договоров: о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между территориальным Фондом ОМС и страховой организацией, и договор на оказание и оплату медицинской помощи между страховой организацией и медицинской организацией. Оба этих договора построены по принципу обеспечения движения денежных средств от Фонда ОМС к медицинской организации, а равно контроля за их целевым использованием.

2.1 Нарушение лицензионных требований не является основанием для признания расходования бюджетных средств нецелевым

Пример 1

Фонд обратился в суд с иском к Больнице о взыскании 71 810 руб. 78 коп. штрафа за нецелевое расходование средств ОМС. Больница предъявила встречное требование о признании акта Фонда недействительным в части эпизода о нецелевом использовании средств ОМС в сумме 718 107 руб. 78 коп., израсходованных на выплату заработной платы медицинских сестер.

В рассматриваемом случае суды трех инстанций единогласно признали правомерными требования Больницы, указав на следующее.

Больница на основании лицензии осуществляла доврачебную медицинскую помощь по сестринскому делу в ОСП «Кодинская участковая больница». В связи с аварийным состоянием здания стационара и

⁴ Постановление 14ААС от 22.10.2019 по делу № А13-8261/2019.

нецелесообразностью его восстановления, приказом главного врача Больницы в структуру и штатное расписание внесены соответствующие изменения. В связи с произведенными изменениями медицинская деятельность, которая ранее осуществлялась по месту нахождения ОСП «Кодинская участковая больница», стала осуществляться по другому адресу, не указанному в ранее выданной лицензии.

Новая лицензия, предоставляющая право осуществления доврачебной медикосанитарной помощи по новому адресу, оформлена Больницей 05.02.2019.

При проведении проверки Фондом установлено, что в период с сентября 2016 года по декабрь 2017 года деятельность медицинских сестер поликлиники Кодинской врачебной амбулатории осуществлялась при отсутствии лицензии на осуществления по указанному адресу доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу.

По факту выявленного нарушения постановлением суда общей юрисдикции действия Больницы переквалифицированы с части 1 статьи 19.20 КоАП РФ на часть 2 той же статьи, которой предусмотрена ответственность за осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), если такое разрешение (лицензия) обязательно (обязательна).

Таким образом, фактически вменяемое правонарушение выразилось в том, что Больница, осуществляя в спорный период медицинскую деятельность по адресу, не указанному в действующей лицензии, нарушило лицензионные требования, а не осуществляло указанную деятельность без лицензии.

При этом судами учтено, что соответствующая лицензия находилась на переоформлении и впоследствии была получена Больницей. Факт оказания населению в спорный период медицинских услуг сторонами не оспаривался. Доказательств того, что спорные затраты не связаны с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), а также об их чрезмерности, Фондом не представлено.

Само по себе нарушение лицензионных требований и условий, без установления нарушения условий расходования бюджетных средств, не является основанием для признания расходования бюджетных средств нецелевым.

Верховный суд согласился с изложенной позицией.⁵

Пример 2

По другому делу судами трех инстанций также подчеркнуто, что нарушение лицензионных требований не является основанием для признания расходования бюджетных средств нецелевым.

⁵ Постановления 14ААС от 26.08.2019, АС СЗО от 12.12.2019. Определение ВС РФ от 27.03.2020 по делу № А05-16366/2018 .

Фондом проведена проверка использования Больницей средств территориальной программы ОМС и сделан вывод о нецелевом использовании 6 686 121 руб. 68 коп.

Больница не согласилась с решением Фонда в части признания нецелевыми расходов в общей сумме на 6 150 112 руб. 43 коп., понесенных на:

- оказание медицинской помощи по профилю «терапия» в условиях круглосуточного стационара, которая осуществлялась при отсутствии лицензии по стационарной медицинской помощи;
- медицинскую деятельность врача клинической лабораторной диагностики отделения анестезиологии-реанимации при отсутствии лицензии по лабораторной диагностике;
- медицинскую деятельность медицинской сестры отделения организации медицинской помощи детям в образовательном учреждении детский сад № 3 «Теремок» при отсутствии лицензии по сестринскому делу;
- медицинскую деятельность фельдшера Мошинской врачебной амбулатории при отсутствии лицензии по лечебному делу.

Суд трех инстанций поддержали позицию Больницы, удовлетворив требования Фонда только в части взыскания 536 009 руб. 25 коп.

Вменяемое Больнице нарушение выразилось в том, что оно осуществляло соответствующие виды деятельности не по адресу, указанному в лицензиях, то есть нарушило лицензионные требования. При этом Фондом не опровергнут факт наличия у Учреждения в рассматриваемый период квалифицированного персонала в целях оказания медицинской помощи и обязанности оказывать соответствующую медицинскую помощь гражданам, обратившимся за такой помощью.

Факт оказания населению в спорный период медицинских услуг подателем жалобы не оспорен. Фондом не опровергнут факт расходования заявителем средств ОМС на выплату заработной платы и начисления на заработную плату медицинскому персоналу, принимавшему непосредственное участие в оказании медицинской помощи.

Доказательств того, что спорные расходы не связаны с оказанием медицинской помощи, а также их чрезмерности, Фондом не представлено.⁶

2.2 Расходы на обучение, не подлежащие оплате из средств ОМС

Пример 1

По результатам проведенной плановой проверки Роддома Фонд выявил расходование денежных средств ОМС в размере 41 751 руб. на обучение по программе ординатуры, посчитав указанные расходы нецелевым использованием средств ОМС.

По мнению Роддома, обучение по программе ординатуры может быть оплачено за счет средств ОМС, согласно содержащейся в Тарифном

⁶ Постановление 14ААС от 29.01.2020, АС СЗО от 18.06.2020 по делу № А05-7127/2019.

соглашении информации о том, что в структуру тарифа на оплату медицинской помощи включаются расходы на оплату услуг по обучению на курсах подготовки специалистов. А ординатура является курсом подготовки специалистов и как вид обучения, упомянутый в Тарифном соглашении, может быть оплачен за средств ОМС.

Суды первой и апелляционной инстанций, установив, что структура тарифа на оплату медицинской помощи не включает в себя расходы, связанные с получением высшего образования за счет средств ОМС, отказали в удовлетворении требований Роддома.

Кассационный суд пришел к аналогичным выводам, указав на следующее.

Постановлением Правительства Архангельской области от 27.12.2016 № 533-пп утверждена Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (далее – Территориальная программа), которой установлено, что за счет средств ОМС компенсируются затраты медицинских организаций в соответствии с целевыми статьями, определяемыми Тарифным соглашением.

Согласно таблице 1 раздела III Тарифного соглашения на 2017 год расходы на оплату прочих услуг включают экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинской организации на оплату услуг, необходимых медицинской организации для оказания медицинской помощи, по договорам на оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221-225, в том числе расходы на оплату услуг по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов.

В соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н, на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» относятся расходы на выполнение работ, оказание услуг, не отнесенных на подстатьи КОСГУ 221-225, в том числе услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов.

Частью 1 статьи 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее - Закон об образовании) предусмотрено, что подготовка медицинских работников осуществляется путем реализации следующих профессиональных образовательных программ медицинского образования: образовательных программ среднего профессионального образования, образовательных программ высшего образования, дополнительных профессиональных программ. В соответствии с частью 3 статьи 12 Закона об образовании образовательные программы среднего профессионального образования (программы подготовки квалифицированных рабочих, служащих, программы подготовки специалистов среднего звена), образовательные программы высшего образования (в том числе программы ординатуры) относятся к основным профессиональным

образовательным программам.

Программы повышения квалификации и программы профессиональной переподготовки в соответствии с частью 4 статьи 12 Закона об образовании отнесены к дополнительным профессиональным программам.

Таким образом, программы ординатуры относятся к образовательным программам высшего образования и не являются курсами повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов не подлежат оплате за счет средств ОМС.

Верховный согласился с указанными выводами судов.⁷

Пример 2

По другому делу Фонд обратился в суд за взысканием с Поликлиники 47 260 руб. средств ОМС, потраченных на:

- оплату обучения по циклу «Основы паллиативной медицинской помощи», по циклу «Проведение предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров»;
- на оплату государственной пошлины за оформление лицензии на осуществление образовательной деятельности;
- на оплату услуг по изготовлению и размещению рекламы.

Суд первой инстанции отказал в удовлетворении заявленных требований, посчитав, что Фондом не доказан факт нецелевого использования Учреждением денежных средств.

Апелляционный суд с этим выводом не согласился, установив, что понесенные Поликлиникой расходы не предусмотрены программами обязательного медицинского страхования.

Использование средств фонда возможно при только строгом соблюдении целевой направленности их выделения, тогда как программами (базовой и территориальной) оказание медицинских услуг, соответствующим указанным выше циклам обучения, к мероприятиям, финансируемым за счет средств ОМС, не отнесено.

Доказательств, подтверждающих цели несения расходов на обучение по спорным циклам и его связь с оказанием медицинских услуг в рамках программ обязательного медицинского страхования либо общехозяйственной деятельностью, Поликлиникой ни в ходе проверки, ни при рассмотрении дела судом не представило.

Требования Фонда удовлетворены. Окружной суд согласился с позицией апелляции.⁸

2.3 Расходы на текущий ремонт зданий подлежат финансированию

⁷ Постановления 14ААС от 11.09.2019. АС СЗО от 25.12.2019, определение ВС РФ от 26.03.2020 по делу № А05-1823/2019.

⁸ Постановления 14ААС от 24.10.2019. АС СЗО от 25.02.2020 по делу № А13-6394/2019.

за счет средств ОМС

Фондом проведена проверка деятельности Больницы, в ходе которой установлено, что за счет средств ОМС осуществлены расходы в сумме 46 000 руб. на замену оконных блоков.

Согласно пункту 13 раздела III этого Тарифного соглашения в перечень расходов медицинского организации на оплату работ и услуг по содержанию имущества, осуществляемых за счет средств ОМС входят в том числе расходы на текущий ремонт. Не включаются в структуру тарифа расходы на капитальный ремонт.

По мнению Фонда, указанные работы являются капитальным ремонтом, что свидетельствует о нецелевом использовании средств ОМС.

Не согласившись с выводами Фонда, Больница обратилось в арбитражный суд.

Суды первой и апелляционной инстанций в данном случае согласились с законностью требований Больницы и пришли к выводу о том, что без постановления объекта или его части на капитальный ремонт, без выполнения каких-либо работ, которые бы затрагивали конструктивные элементы здания, без изменения размеров оконных проемов и целостности перемычек над оконными проемами, произведенная замена двух оконных блоков не может быть отнесена к капитальному ремонту, а следовательно, оплата Больницей расходов на такой ремонт за счет средств ОМС является целевым использованием средств ОМС.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Закона № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках программы обязательного медицинского страхования, утверждена Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Архангельской области на 2016 года.

Выводы судов основаны на положениях пункта 14.2 статьи 1 Градостроительного кодекса Российской Федерации, пункта 24 части 2 статьи 2 Федерального закона от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений», ведомственных строительных норм ВСН 58-88(р) «Положение об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения», утвержденных приказом Госкомархитектуры Российской Федерации при Госстрое СССР от 23.11.1988 № 312, а также Положения о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений МДС 13-14.2000, утвержденном постановлением Госстроя СССР от 29.12.1973 № 279, определяющих понятия текущего и капитального ремонта, а также понятия строительных конструкций и их конструктивных элементов.

Кассационный и Верховный Суд подтвердили правильность указанных

ВЫВОДОВ.⁹

2.4 Задолженность Фонда перед страховой компанией, возникшая ранее, не подлежит в возмещению за счет целевых средств ОМС, выделенных в текущем периоде

Фондом и страховой компанией заключен договор о финансовом обеспечении ОМС от 09.01.2017, согласно которому Фонд принял на себя обязательство по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере ОМС, а страховая медицинская организация обязалась оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе ОМС, за счет целевых средств.

За 1 квартал 2019 года Фонд перечислил страховой компании аванс целевых средств в сумме 72 44 500 руб., в свою очередь страховая компания профинансировала медицинские организации на сумму 71 951 603 руб. Остаток целевых средств составил 482 897 руб., однако в нарушение условий договора по итогам отчетного периода в бюджет Фонда не возвращен, что послужило основанием для предъявления соответствующего иска.

Страховая компания полагала, что сумма к возврату отсутствует, так как денежные средства в указанном размере списаны с ее счета в марте 2019 года по исполнительному листу, выданному на основании решения арбитражного суда о взыскании со страховой компании задолженности за оказание медицинских услуг по программе ОМС за 2017 год. Заявка страховой компании о выделении денежных средств для погашения задолженности по исполнительному листу Фондом не удовлетворена.

Суды трех инстанций, отклоняя доводы Общества и удовлетворяя требования Фонда, указали на следующее.

На основании пункта 4 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 Законом Тверской области от 04.02.2019 № 1-ЗО утверждена Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Тверской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов. Размер средств ОМС на 2019 год установлен Законом Тверской области от 20.12.2018 № 72-ЗО «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Положениями приведенных законов и условиями заключенного сторонами договора не предусмотрено право страховой медицинской организации в одностороннем порядке учитывать полученные на текущий

⁹ Постановления 14ААС от 17.01.2019, АС СЗО от 07.06.2019. Определение ВС РФ от 04.10.2019 по делу № А05-9508/2018.

период целевые средств ОМС в счет погашения задолженности по оплате медицинской помощи, оказанной сверх выделенных объемов в прошедших периодах.

Целевые средства в спорной сумме выделены Фондом для оплаты Обществом предоставленной гражданам медицинской помощи в 2019 году и их остаток за отчетный период подлежал возврату Фонду в течение 3 рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями.

Возмещение задолженности перед страховой компанией за 2017 год возможно путем предъявления самостоятельного иска к Фонду.¹⁰

II. Споры по поводу страховых выплат

В случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств устанавливается правилами обязательного медицинского страхования. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается Законом 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

3.1 Уменьшение размера страховых выплат в связи с установлением нарушений при заполнении медицинских карт

Апелляционным судом рассмотрена серия дел¹¹ по заявлениям Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» (далее – Онкодиспансер), не согласившегося с решениями Фонда, поддержавшего позицию страховых компаний об уменьшении заявителю размера выплат со ссылкой на нарушения, выявленные при ведении медицинских карт.

Апелляционный суд поддержал позицию Онкодиспансера, несмотря на подтверждение проведенной Фондом повторной медико-экономической экспертизой, доводов страховой медицинской организации.

Так, в рамках одного из дел Страховая компания в ходе медико-экономической экспертизы установила по 34 случаям медицинской помощи, оказанной Онкодиспансером, отсутствие в медицинских картах протоколов консилиума врачей и протоколов гистологических исследований, подтверждающих постановку онкологического диагноза, в связи с чем уменьшило размер предъявленного к оплате счета на общую сумму 257 479 руб. 58 коп.

¹⁰ Постановления I4AAC от 10.12.2020. АС СЗО от 31.03.2021 по делу № А66-18913/2019.

¹¹ Постановления I4AAC по делам № А05-3019/2020, А05-2245/2020, А05-5181/2020, А05-2242/2020, А05-2246/2020, А05-1754/2020.

Не согласившись с такими выводами, Онкодиспансер направил в Фонд претензию. Поскольку при проведении повторной медико-экономической экспертизы, подтверждены выводы Страховой компании, Фонд отклонил претензии Онкодиспансера.

Апелляционный суд при разрешении спора руководствовался следующим.

Фонд в обоснование своей позиции о необходимости внесения в каждую медицинскую карту стационарного больного протокола консилиума сослался на раздел VII Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, утвержденных ФФОМС от 30.08.2018 № 10868/30/и.

Согласно названному разделу, к коду дефекта 4.2 (отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов) отнесено в том числе отсутствие протокола консилиума.

Вместе с тем Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденным Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н (далее – Порядок № 915н), предусмотрено, что медицинская помощь населению по профилю «онкология» оказывается в виде первичной, скорой, специализированной, высокотехнологичной и паллиативной медицинской помощи. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях: амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно.

При этом, согласно пункту 22 Порядка № 915н, больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в центре амбулаторной онкологической помощи, а в случае его отсутствия - в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Онкологический диспансер создается как самостоятельная медицинская организация для обеспечения оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи и оказания методической помощи медицинским организациям, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, в проведении профилактики онкологических заболеваний, организации онкологического скрининга (приложение 7 к Порядку № 915н).

В структуре диспансера рекомендуется предусмотреть в том числе диагностические отделения, лечебные отделения, поликлиническое отделение, дневной стационар.

В Онкодиспансере организовано и поликлиническое отделение, и дневной стационар, и лечебные отделения.

Протоколы консилиума и протоколы гистологического исследования внесены либо в амбулаторные карты пациентов диспансера, либо в стационарные карты в тот период, когда проводился консилиум или составлен протокол исследования. Их копии представлены в материалы дела.

Таким образом, фактически протоколы имеются в распоряжении Онкодиспансера, но содержатся в иной первичной медицинской документации. Тот факт, что отраженная в спорных медицинских картах информация не позволяла контролировать правильность организации лечебного процесса, Фондом не доказан.

Кроме того, Методические рекомендации, на которые сослался Фонд, предназначены для страховых представителей 3 уровня страховых медицинских организаций и экспертов качества медицинской помощи, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, тогда как в данном случае проводилась не экспертиза качества медицинской помощи, а медико-экономическая экспертиза.

Ввиду изложенного апелляционный суд пришел к выводу, что законность принятого решения и обоснованность уменьшения Онкодиспансеру оплаты оказанной медицинской помощи по спорным случаям Фондом не доказана.¹²

3.2 Уменьшение размера страховых выплат в связи с установлением нарушений при проведении процедуры ЭКО

По результатам проверки качества оказания медицинской помощи Страховая компания установила, что Центром ЭКО оказаны услуги пациенту по проведению 3 этапов процедуры ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов за его собственный счет.

Тариф на проведение указанных 3 этапов установлен приложением 20 к Тарифному соглашению, составляет 186 962 руб. 25 коп. и является единым и неделимым, при этом отдельной услуги и тарифа на услугу криоконсервации Тарифным соглашением не установлено.

Полагая, что Центр ЭКО допустил нарушение в виде взимания с пациента платы за счет личных денежных средств за оказанную медицинскую помощь в виде криоконсервации 8 из 10 эмбрионов, Страховая компания уменьшила размер предъявленного к оплате счета на сумму 186 962 руб. 25 коп. и начислила штраф.

Фонд поддержал позицию Страховой компании.

Не согласившись с решениями Фонда и Страховой компании, Центр ЭКО обратился в суд.

Суды обеих инстанций согласились с обоснованностью отказа Страховой компании в оплате только 74 784 руб. 90 коп. (составляющих стоимость этапа криоконсервации), а также наложением штрафа.

Согласно Порядку использования вспомогательных репродуктивных

¹² Постановление 14ААС от 20.08.2020 по делу № А05-2247/2020.

технологий, утвержденному Приказом Минздрава России от 30.08.2012 № 107н (далее – Порядок № 107н), проведение базовой программы ЭКО состоит из 5 этапов:

- а) стимуляция суперовуляции с применением лекарственных препаратов;
- б) пункция фолликулов яичника;
- в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера);
- г) культивирование эмбрионов;
- д) внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

В соответствии с пунктом 24.1 Порядка № 107н при наличии показаний, предусмотренных пунктом 42 настоящего Порядка, а также при наличии письменного согласия пациента базовая программа ЭКО дополняется еще 3 этапами:

- а) криоконсервация эмбрионов;
- б) криоконсервация гамет (ооцитов, сперматозоидов);
- в) внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона.

При этом решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении лишних половых клеток (эмбрионов) принимает лицо, которому принадлежат данные половые клетки (эмбрионы), с оформлением письменного согласия и договора о донорстве и криоконсервации с указанием срока их хранения.

Возможность проведения криоконсервации полученных на третьем этапе эмбрионов предусмотрена как дополнительная процедура. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

Тариф на оплату медицинской помощи «Экстракорпоральное оплодотворение» утвержден приложением 20 к Тарифному соглашению и оставляет 186 962 руб. 25 коп.

В случае проведения в рамках госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых 3 этапов ЭКО и криоконсервации эмбрионов без последующего переноса эмбрионов (4 этапа), оплата случая осуществляется без применения коэффициентов (абзац девятый пункта 23 Порядка оплаты медицинской помощи).

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО и криоконсервации эмбрионов, применяется повышающий коэффициент в размере 1,1 (абзац десятый пункта 23 названного Порядка).

В случае если выполнены 1 и 2 этапы или 1, 2 и 3 этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу с применением коэффициента сложности лечения пациента для 1 этапа (0,6) (абзац тринадцатый пункта 23 названного Порядка).

При этом, как предусмотрено в пункте 2 таблицы 7 Порядка оплаты медицинской помощи проведение 1 этапа ЭКО, либо 1-2 этапов ЭКО, либо 1-3 этапов ЭКО без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)

подлежит применению значение коэффициента сложности лечения пациента 0,6.

В рассматриваемом случае в рамках одного случая госпитализации проведены с 1 по 3 этапы ЭКО и криоконсервация 2 эмбрионов.

С учетом положений пункта 23 Порядка оплаты медицинской помощи тариф в размере 186 962 руб. 25 коп. установлен за случай оказания медицинской помощи в виде одновременного проведения в рамках одной госпитализации с 1 по 4 этапы ЭКО.

При этом из данного приложения не следует, что тариф установлен только за три этапа проведения ЭКО.

При этом в отношении 1-3 этапа ЭКО, не связанных с криоконсервацией эмбрионов, ответчиком и третьим лицом не выявлено каких-либо нарушений.

Следовательно, даже в случае признания порядка проведения ЭКО нарушенным, оплате подлежат 1-3 этапы ЭКО с применением коэффициента 0,6, поскольку тарифным соглашением определены разные варианты оконченого случая в рамках одного КСГ, а также возможность оплаты отдельных этапов.

Таким образом, в данном случае у Страховой компании и Фонда не имелось правовых оснований для уменьшения оплаты медицинских услуг, оказанных Центром ЭКО, в полном объеме.¹³

3.3 Уменьшение размера страховых выплат в связи с необеспечением пациентов необходимыми лекарственными препаратами непосредственно в условиях стационара

Еще одна серия дел¹⁴ рассмотрена апелляционным судом при участии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» (далее – Онкодиспансер), не согласившегося с претензиями Страховой компании к тому, что при проведении химиотерапии с установленной схемой лечения с применением двух препаратов, обеспечение пациентов в условиях дневного стационара осуществлялось только одним.

Так, согласно материалам одного из дел, Страховая компания и Онкодиспансер, заключив договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, утвердили Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты штрафов за нарушения договорных обязательств.

По результатам проверки качества оказания медицинской помощи Страховой компанией в адрес Онкодиспансера вынесено предписание, согласно которому уменьшен размер предъявленного к оплате счета на

¹³ Постановление 14ААС от 25.06.2020 по делу № А05-14396/2019.

¹⁴ Постановления 14ААС по делам № А05-699/2020, А05-368/2020, А05-13323/2019, А05-13905/2019, А05-12703/2019.

692 762 руб. 50 коп.

Фонд по претензии Онкодиспансера провел повторную медико-экономическую экспертизу оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и признал обоснованным снижение выплат на 62 709 руб. 20 коп., а также установил, что по 20 спорным страховым случаям пациентам при химиотерапии установлена схема лечения с применением двух лекарственных препаратов. При этом обеспечение одним из двух используемых в схемах лечения препаратов осуществлялось в условиях дневного стационара не Онкодиспансером, а самими пациентами, получавшими данные препараты в рамках оказания государственной помощи за счет средств бюджета для его приема в амбулаторных условиях.

Страховая компания применила к выявленному нарушению код дефекта 1.5 «приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи». Тогда как Фондом код дефекта изменен на 1.1.3 «нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе нарушение условий оказания медицинской помощи ...».

Не согласившись с решением Фонда, Онкодиспансер обратился в суд.

Суды первой и апелляционной инстанций, пришли к выводу, что решение Фонда соответствует действующему законодательству и не нарушает права и законные интересы Онкодиспансера. Окружной суд также согласился с выводами судов, отметив следующее.

Онкодиспансер в 2019 году являлся участником Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Архангельской области от 26.12.2018 № 646-пп (далее – Территориальная программа), в соответствии с приложением № 1 к данной программе.

В силу пункта 6 Территориальной программы специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Пунктом 17 Территориальной программы предусмотрено, что при оказании в рамках Территориальной программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной,

скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, условиях дневного стационара и при посещениях на дому осуществляется бесплатное обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 2738-р.

Препараты «Капецитабин», «Интерферон», «Гозерелин» включены в указанный Перечень.

Онкодиспансером допущено нарушение, выразившееся в том, что в спорных 20 случаях при химиотерапии с установленной схемой лечения с двумя лекарственными препаратами обеспечение пациентов в условиях дневного стационара осуществлялось только одним препаратом.

Ссылки подателя жалобы на прием пациентами второго препарата в домашних условиях не могут быть приняты во внимание, поскольку на Учреждении лежит обязанность по лекарственному обеспечению пациентов в период их лечения в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, а получение пациентом по месту жительства до госпитализации лекарственных препаратов к специализированной медицинской помощи не относится и началом ее оказания не является. Поскольку в ходе экспертизы качества медицинских услуг выявлено непредоставление пациентам в период нахождения в дневном стационаре предписанных к применению препаратов, что является нарушением условий оказания специализированной медицинской помощи, суды трех инстанций пришли к выводу о правомерно применения в рассматриваемом случае штрафных санкций по коду дефекта 1.1.3.

*Верховный суд подтвердил правильность сделанных судами выводов.*¹⁵

IV. Снижение судом законной неустойки, наложенной на участников ОМС

Положения частей 7 - 9 статьи 39 Закона № 326-ФЗ содержат нормы-санкции (пени, штраф) за неисполнение либо ненадлежащее исполнение условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, предусмотренные как для страховой медицинской организации (компании), так и для медицинской организации (учреждения).

4.1 Снижение размера применяемых к медицинским организациям штрафных санкций

Пример 1

¹⁵ Постановления 14ААС от 28.05.2020, АС СЗО от 20.08.2020, Определение ВС РФ от 01.12.2020 по делу № А05-15575/2019.

В исследуемый период арбитражным судом рассмотрен ряд дел, в рамках которых суды, признав расходование средств нецелевым, тем не менее снизили размер примененных Фондом штрафных санкций.

По результатам проведенной плановой комплексной проверки Больницы за период с 01.01.2017 по 31.12.2018, Фонд выявил нецелевое использование средств ОМС на приобретение аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартом разведении/Диаскинтест, аллергена туберкулезного очищенного в стандартном разведении (очищенного туберкулиан в стандартном разведении, аллергена бактерий БИОЛЕК Туберкулин ИПД-Л).

На основании пункта 9 статьи 39 Закона № 326-ФЗ Фонд потребовал возвратить в течение 10 рабочих дней после подписания акта в бюджет денежные средства и уплатить 43 793 руб. 50 коп. штрафа.

Больница оспорила акт проверки Фонда в судебном порядке.

Суд первой инстанции, признал правомерным требование Фонда, поскольку финансовое обеспечение профилактических мероприятий по предотвращению вспышек туберкулеза должно осуществляться за счет бюджетных ассигнований, а территориальная программа ОМС не предусматривала финансирование этих мероприятий в 2018 году за счет средств ОМС. Однако, учтя конкретные обстоятельства дела, суд счел возможным уменьшить размер штрафа до 20 000 руб.

Суды апелляционной и кассационной инстанций согласились с выводами суда и оставили жалобу Фонда на неправомерное снижение судом суммы штрафа без удовлетворения.

В соответствии с частью 9 статьи 39 Закона № 326-ФЗ за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

Снижая размер примененного Фондом штрафа до 20 000 руб., суды исходили из того, что его размер подлежит определению с учетом степени вины правонарушителя и иных существенных обстоятельств с целью установления баланса между применяемой мерой ответственности и оценкой действительного размера ущерба, причиненного нарушением Поликлиникой положений части 9 статьи 39 Закона № 326-ФЗ.

При этом отсутствие ходатайства о снижении штрафных санкций не исключает обязанности суда дать оценку соразмерности исчисленного штрафа тяжести совершенного нарушения в сфере публично-правовых отношений.

В данном случае суды приняли во внимание отсутствие финансирования Больницы из бюджета субъекта Российской Федерации на рассматриваемые цели (лекарственные препараты для туберкулинодиагностики) в спорный

период, а также характер и конкретные обстоятельства совершенного правонарушения, степень вины Больницы, совершение заявителем подобного нарушения впервые и социальную направленность деятельности заявителя.

Верховный суд признал выводы судов верными¹⁶.

Пример 2

Еще по одному делу суды снизил размер штрафа с 84 006 руб. 75 коп. до 1 000 руб., указав, что лекарственные препараты приобретались за счет имеющихся у Учреждений средств ОМС для выполнения требований санитарно-эпидемиологических правил и приказов Минздрава России ввиду того, что финансирование из бюджета субъекта Российской Федерации на указанные цели в спорный период не осуществлялось, в 2015 году из-за отсутствия поставок препаратов за счет средств бюджета резко снизился охват детского населения туберкулинодиагностикой, а при отсутствии ранней диагностики имеется высокий риск роста заболеваемости туберкулезом среди детей.¹⁷

Пример 3

Фонд, проверив расходование Больницей средств ОМС, в том числе на оплату работ в рамках противопожарных мероприятий, и на приобретение наборов реагентов для определения, подтверждения ВИЧ 1, 2 типов, пришел к выводу о том, что целевые средства в размере 2 356 929 руб. 64 коп. использованы Больницей не по целевому назначению.

В ходе судебного разбирательства судами установлено, что акт проверки в части вывод Фонда о нецелевом использовании Больницей средств ОМС соответствует требованиям действующего законодательства.

Учитывая выводы о нецелевом использовании Больницей средств ОМС и наличие у медицинской организации обязанности восстановить в бюджет Фонда средства в указанной сумме, суды признали правомерным привлечение Больницы к ответственности, предусмотренной частью 9 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, в виде уплаты штрафа в размере 10% от суммы нецелевого использования средств, что составило 235 692 руб. 96 коп.

Однако суды пришли к выводу, что размер штрафа подлежит снижению до 35 000 руб., приняв во внимание отсутствие у Больницы, являющейся социально значимым учреждением здравоохранения, средств, выделяемых из областного бюджета на реализацию обязательных противопожарных мероприятий и приобретение реагентов на оказание экстренной медицинской помощи.

¹⁶ Постановления 14ААС от 25.12.2019, АС СЗО от 14.05.2020, определение ВС РФ от 28.08.2020 по делу № А13-12750/2019.

¹⁷ Постановления 14ААС от 18.12.2019, АС СЗО от 14.05.2020, определение ВС РФ от 19.08.2020 по делу № А13-9845/2019.

Верховный суд и в этом случае поддержал суды трех инстанций.¹⁸

4.2 Снижение размера пеней, начисленных за неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи

Больница предъявила к Страховой компании иск о взыскании 8 347 573 руб. 44 коп. долга по оплате оказанной медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС, а также 102 765 руб. 76 коп. пеней, начисленных на основании части 7 статьи 39 Закона № 326-ФЗ.

При рассмотрении спора судом установлено, что между сторонами заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, в том числе основания возникновения прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность регулируются Законом № 326-ФЗ. Больница оказала медицинские услуги застрахованным лицам и предъявила страховой компании соответствующие счета. Страховая компания отказала в выплате ввиду превышения объема оказания медицинской помощи над установленными объемами (код дефекта 5.3.2).

Суд признал отказ в оплате фактически оказанных больницей услуг по указанным причинам незаконным.

Согласно правовой позиции, изложенной в определении Верховного Суда РФ от 18.10.2018 № 308-ЭС18-8218, при отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу обязательного медицинского страхования, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медицинской помощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами ОМС страховой медицинской организацией.

Медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи (пункт 28 Обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 4 (2018), утвержденного Президиумом Верховного Суда РФ 26.12.2018).

Поскольку доказательств того, что оказанные Больницей медицинские услуги не входят в программу ОМС либо оказаны не в результате причин, названных в части 6 статьи 38 Закона № 326-ФЗ, либо оказаны не в полном объеме или некачественно, не представлено, суд удовлетворил требование медицинской организации о взыскании долга в полном объеме.

¹⁸ Постановления 14ААС от 03.12.2019, АС СЗО от 25.03.2020, определение ВС РФ от 17.08.2020 по делу № А13-6839/2019.

В части взыскания пеней суд посчитал возможным, применив положения статьи 333 ГК РФ, снизить их размер до 84 262 руб. 07 коп. В договоре стороны согласовали ответственность страховой компании в виде начисления пеней в размере, установленной частью 7 статьи 39 Закона 326-ФЗ в виде уплаты пеней в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки (или 7,9 % годовых). Суд, исходя из конкретных обстоятельств спора, недоказанности на стороне истца убытков, признал адекватным и соразмерным нарушению неустойку, исчисленную с применением однократной ключевой ставки Банка России (6,25 % - 6,5 % годовых).¹⁹

Выводы

Подводя итог проведенному анализу судебной практики, следует отметить, что применение судами законодательства об обязательном медицинском страховании соответствует его официальному толкованию. При этом подход апелляционного суда к проверке законности судебных актов первой инстанции в отношении анализируемой категории дел является единообразным.

Обозначенные в настоящей справке позиции апелляционного суда и суда округа по разрешению данной категории дел, по мнению составителей, могут быть применены при рассмотрении аналогичных дел.

В ходе аналитической работы вопросы, требующие разъяснений окружного суда, не выявлены.

Судья

Начальник отдела
обеспечения судопроизводства
14.05.2021

Е.Н. Болдырева

А.А. Петряшова

¹⁹ Постановления 14ААС от 01.10.2020 по делу № А52-892/2020.