

Обзор судебной практики Двенадцатого арбитражного апелляционного суда по спорам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании

Во исполнение плана Двенадцатого арбитражного апелляционного суда на второе полугодие 2024 года судом проведен анализ рассмотрения вопросов, связанных с индексацией присужденных судом денежных сумм на день исполнения решения в суде за период 2022-2024 гг.

Система обязательного медицинского страхования играет ключевую роль в обеспечении доступности качественной медицинской помощи для населения Российской Федерации. Эффективность функционирования этой системы во многом зависит от правильного применения законодательных норм всеми её участниками – медицинскими организациями, страховыми компаниями и государственными органами. Однако на практике возникают многочисленные спорные ситуации, требующие разрешения в судебном порядке.

При рассмотрении данной категории споров суды руководствовались положениями Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", иными нормативно-правовыми актами, регулирующими данные правоотношения.

Данный обзор судебной практики носит информационно-аналитический характер, может использоваться в целях обеспечения единообразия судебной практики. В него включены выводы, основанные на судебных актах Двенадцатого арбитражного апелляционного суда, с учетом позиций вышестоящих судов.

Далее приведены выработанные правовые позиции по отдельным вопросам, возникающим при рассмотрении дел данной категории.

Сокращения по тексту:

АПК РФ - Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации от 24.07.2002 № 95-ФЗ;

ГК РФ - Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 № 51-ФЗ, (часть вторая)" от 26.01.1996 № 14-ФЗ;

Закон № 326-ФЗ - Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

Правила ОМС - Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н;

ТФОМС - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

ЕРЗ - единый регистр застрахованных лиц.

1. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являются условием договора и не могут быть изменены в одностороннем порядке; оплате подлежат не все случаи оказания медицинской помощи, а исключительно в рамках выделенных объемов; при этом предусмотрены правовые инструменты надлежащих способов защиты права, проведение обоснованной корректировки распределенного объема.

Медицинская организация обратилась в арбитражный суд к страховой медицинской организации с исковым заявлением о взыскании задолженности по оплате 13 случаев высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС).

В обоснование иска указано, что страховая компания отказала истцу в оплате заявленных медицинских услуг, ссылаясь на предъявление медицинской организацией к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы.

В соответствии с протоколом заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС № 14 от 27.12.2019 для ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России уменьшены на декабрь 2019 года объемы медицинской помощи и финансовых средств, руководствуясь которыми страховой компанией сняты с оплаты и вышеприведенные случаи и финансовые средства в виду их превышения.

Суд первой инстанции и согласившиеся с его выводами суды апелляционной и кассационной инстанции пришли к выводу об отказе в удовлетворении исковых требований, ссылаясь на то, что объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, являются условием договора и не могут быть изменены в одностороннем порядке; счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, должны предъявляться медицинской организацией к оплате в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медицинской помощи; оплате подлежат не все случаи оказания медицинской помощи, а исключительно в рамках выделенных объемов; при этом предусмотрены правовые инструменты надлежащих способов защиты права, проведение обоснованной корректировки распределенного объема.

Суды заключили, что страховая компания (ответчик) выполнила свои обязательства по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС надлежащим образом и оплатило оказанную истцом медицинскую помощь в пределах объемов, выделенных для него, в связи с чем, у истца отсутствовало право требовать от ответчика оплаты спорной медицинской помощи, что соответствует правовой позиции Верховного Суда Российской Федерации, выраженной в определениях от 18.05.2023 № 309-ЭС22-28515, от 19.05.2023 № 309-ЭС23-973, от 07.06.2023 № 309-ЭС22-28224.

*Постановление Двенадцатого арбитражного апелляционного суда
от 25.09.2023 по делу № А57-592/2023, оставлено без изменения
постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 31.01.2024*

2. В случае осуществления гражданами выбора страховой медицинской организации путем подачи соответствующего заявления в выбранную страховую медицинскую организацию выдача гражданину временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса обязательного медицинского страхования выбранной страховой медицинской организацией не допускает оформление и выдачу полиса обязательного медицинского страхования указанному гражданину другой страховой медицинской организацией (за исключением случаев изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

ТФОМС обратился в арбитражный суд к страховой медицинской организации с исковым заявлением о взыскании штрафных санкций за внесение в региональный сегмент ЕРЗ записей, содержащих недостоверные сведения.

Признавая доказанным факт нарушения ответчиком законодательства об обязательном медицинском страховании, выразившейся во внесении в ЕРЗ записей, содержащих недостоверные сведения, влекущим наступление ответственности в виде уплаты штрафа, суды трех инстанций исходили из того, что у ответчика отсутствовали правовые основания для выдачи временных свидетельств (а также для последующей выдачи полисов обязательного медицинского страхования) 17.10.2018 в связи с фактом выбора 16.10.2017 застрахованными гражданами иной страховой медицинской организации.

В случае осуществления гражданами выбора страховой медицинской организации путем подачи соответствующего заявления в выбранную страховую медицинскую организацию выдача гражданину временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса обязательного медицинского страхования выбранной страховой медицинской организацией не допускает оформление и выдачу полиса обязательного медицинского страхования указанному гражданину другой страховой медицинской организацией (за исключением случаев изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

Суд округа отметил также, что наличие у ответчика технической возможности ввода сведений в ЕРЗ на следующий день, по сути, ведет к нарушению установленного порядка выдачи полисов.

Постановление Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 20.01.2020 по делу № А57-15708/2019, оставлено без изменения постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 21.05.2020.

3. Право Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования утверждать тарифы, обязательные для применения участниками системы обязательного медицинского страхования, не предусматривает возможность придавать им обратную силу при отсутствии прямого указания об этом в законе.

Медицинская организация (далее - истец) обратилась в арбитражный суд к страховой медицинской организации (далее – ответчик) с исковым заявлением о взыскании денежных средств за проведенную в мае 2019 года диспансеризацию, и неустойки за нарушение сроков перечисления денежных средств.

В обоснование иска истец ссылаясь на то, что на 2019 год на территории Саратовской области было заключено Тарифное соглашение по обязательному

медицинскому страхованию в Саратовской области от 29.12.2018 (далее - Тарифное соглашение), согласно которому истец был включен в перечень медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Однако 31.05.2019 было заключено дополнительное соглашение № 5 к Тарифному соглашению, согласно которому внесены изменения, в том числе, в перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с 01.05.2019 истец из данного перечня исключен.

При новом рассмотрении спора суд первой инстанции, установив, что само по себе право Комиссии утверждать тарифы, обязательные для применения участниками системы ОМС, не предусматривает возможность придавать им обратную силу при отсутствии прямого указания об этом в законе, и в данном случае наличие таких правомочий у Комиссии не подтверждено, пришел к выводу, что к спорным правоотношениям применяется Тарифное соглашение по ОМС в Саратовской области от 29.12.2018 без учета изменений дополнительного соглашения от 31.05.2019 № 5.

Суд первой инстанции и согласившийся с ним суд апелляционной инстанции, установив факт нарушения ответчиком условий договора, заключенного между сторонами, учитывая, что оплата за оказанные истцом услуги полностью не была произведена ответчиком, приняв во внимание заключение судебной экспертизы, удовлетворил иск о взыскании с ответчика задолженности по оплате за проведенную в мае 2019 года диспансеризацию детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Суд округа согласился с позицией суда первой и апелляционной инстанции в части удовлетворения требования о взыскании с ответчика денежных средств за проведенную в мае 2019 года диспансеризацию детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Постановление Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 01.09.2022 по делу № А57-27445/2019, оставлено без изменения постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 19.12.2022.

4. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться раздельно или одновременно.

При этом возможность применения одновременно как неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи, так и уплаты медицинской организацией штрафов поставлена в зависимость от вида выявленных дефектов медицинской помощи, перечень которых приведен также в пункте 67 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230.

Страховая медицинская организация обратилась в арбитражный суд к медицинской организации с иском о взыскании штрафных санкций по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В обоснование заявленного требования страховая медицинская организация ссылалась на то, что по итогам проводимого истцом контроля были выявлены случаи неоказания, несвоевременного оказания, оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, что привело к выставлению предписаний (решений) об уплате штрафов, которые ответчиком добровольно оплачены не были.

Ответчик при рассмотрении спора в суде первой инстанции обратился к страховой медицинской организации со встречным иском о взыскании денежных средств, удержанных страховой медицинской организацией по результатам проведенной экспертизы, ссылаясь на техническую ошибку по некорректному указанию периода оказания лекарственной терапии, которая, по его мнению, не заслуживает каких-либо взысканий.

Решением суда первой инстанции первоначальное исковое заявление страховой медицинской организации удовлетворено, с медицинской организации взысканы штрафные санкции; в удовлетворении встречных исковых требований медицинской организации о взыскании денежных средств, удержанных страховой медицинской организацией по результатам проведенной экспертизы - отказано.

Отменяя решение суда первой инстанции в части взыскания с медицинской организации штрафа, суд апелляционной инстанции указал, что код дефекта/нарушения 4.6 в данном конкретном случае не является основанием для привлечения ответчика к ответственности в виде штрафа по смыслу положений пункта 8 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, так как характер выявленного нарушения является основанием для применения к учреждению санкции в виде неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи, поскольку касается ненадлежащего ведения медицинским учреждением учетно-отчетной документации.

В рассматриваемом случае основанием для привлечения учреждения к гражданско-правовой ответственности в виде штрафа явилось выявленное нарушение, которому в Приложении № 8 к Приказу № 230 присвоен код 4.6. - несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, а именно: включение в счет на оплату медицинской помощи с 01.02.2019 по 28.02.2019 после зарегистрированной даты смерти застрахованного лица 11.02.2019.

Вместе с тем, согласно статье 39 Закона № 326, подпункту "б" пункта 66 Порядка № 230, уплата штрафов предусмотрена за "неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи)".

Суд апелляционной инстанции указал, что код дефекта/нарушения 4.6 не является основанием для привлечения ответчика к ответственности в виде штрафа по смыслу положений пункта 8 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, так как характер выявленного нарушения является основанием для применения к учреждению санкции в виде неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи, поскольку касается ненадлежащего ведения медицинским учреждением учетно-отчетной документации.

Суд округа согласился с выводами суда апелляционной инстанции, указав, что характер спорного нарушения в данном конкретном случае влечет применение к медицинской организации санкции в виде неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи, поскольку касается только ненадлежащего ведения медицинским

учреждением учетно-отчетной документации, не связанного с ненадлежащим оказанием медицинской помощи по смыслу вышеприведенных норм в их взаимосвязи.

Постановление Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 09.03.2021 по делу № А57-14814/2020, оставлено без изменения постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 01.10.2021.

5. Фактическое восстановление медицинской организацией на счете обязательного медицинского страхования использованных не по целевому назначению средств за счет средств, полученных от предпринимательской деятельности, исключает возможность перечисления спорных средств Территориальным фондом обязательного медицинского страхования в бюджет, поскольку означает не возврат их в бюджет, а изъятие денежных средств, принадлежащих медицинской организации, то есть применение к медицинской организации штрафных санкций, которые законодательством не предусмотрены.

ТФОМС обратился в арбитражный суд к медицинской организации с иском о взыскании средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, и пени.

Суд первой инстанции, удовлетворяя заявленные требования, пришел к выводу о доказанности факта нецелевого использования медицинской организацией денежных средств ОМС.

При этом, отклоняя доводы ответчика, суд первой инстанции указал, что закон при нецелевом использовании бюджетных средств не предусматривает возможность "восстановления" средств ОМС, а предписывает их возврат в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования, что ответчиком исполнено не было.

Отменяя решение суда первой инстанции, и отказывая в удовлетворении иска, апелляционный суд исходил из следующего.

Средства ОМС относятся к государственным финансовым средствам, имеющим особый правовой режим, и подлежат использованию строго в соответствии с их целевым назначением.

Под нецелевым использованием бюджетных средств понимается направление средств бюджета бюджетной системы Российской Федерации и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной росписью, лимитами бюджетных обязательств, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо правовым актом, являющимся основанием для предоставления указанных средств (пункт 1 статьи 306.4 Бюджетного кодекса Российской Федерации).

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 обязательному медицинскому страхованию, 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.

Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

В ходе проведенной фондом проверки было установлено нецелевое расходование ответчиком средств ОМС.

Вместе с тем, судом апелляционной инстанции установлено, что спорные данные денежные средства ответчиком фактически были восстановлены в 2021 году в бюджет ОМС со счета по предпринимательской деятельности медицинской организации в той сумме, которая была указана ТФОМС Астраханской области.

Ответчиком также был оплачен и штраф, выставленный истцом.

Суд апелляционной инстанции пришел к выводу, что представленные ответчиком доказательства опровергают доводы Территориального фонда о том, что восстановление медицинской организации средств ОМС не происходило.

Доказательств повторного нецелевого использования медицинской организацией восстановленных средств ОМС, Территориальным фондом не представлено.

Суд апелляционной инстанции также учел, что факт восстановления денежных средств на счете ОМС истцом не оспаривается, в то время как требование направлено на необходимость внесения денежных средств непосредственно в бюджет ТФОМС Астраханской области.

Как указал суд апелляционной инстанции, фактическое восстановление медицинской организацией на счете ОМС использованных не по целевому назначению средств за счет средств, полученных от предпринимательской деятельности, исключает возможность перечисления спорных средств заявителем в бюджет, поскольку означает не возврат их в бюджет, а изъятие денежных средств, принадлежащих медицинской организации, то есть применение к нему штрафных санкций, которые законодательством не предусмотрены.

В связи с чем, судебная коллегия пришла к выводу об отсутствии правовых оснований для взыскания с ответчика денежных средств, в отношении которых выявлен факт их нецелевого использования, и, как следствие, об отсутствии оснований для взыскания неустойки за просрочку оплаты указанных средств.

Суд округа согласился с выводом суда апелляционной инстанции.

*Постановление Двенадцатого арбитражного апелляционного суда
от 21.10.2022 по делу № А06-2721/2022, оставлено без изменения
постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 02.03.2023.*