



**АРБИТРАЖНЫЙ СУД  
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Именем Российской Федерации**

**Р Е Ш Е Н И Е**

**Дело № А43-2649/2015**

г. Нижний Новгород

«22» мая 2015 года

резюлютивная часть решения объявлена 18 мая 2015 года

решение в полном объеме изготовлено 22 мая 2015 года

Арбитражный суд Нижегородской области в составе:

судьи Моисеевой Ирины Ивановны (шифр 6-80),

при ведении протокола судебного заседания помощником судьи Елисейкиным Е.П.

рассмотрев в открытом судебном заседании дело по иску

общества с ограниченной ответственностью «Стоматолог» (ОГРН 1025203026474/  
ИНН 5260070672)

к ответчику: открытому акционерному обществу «РОСНО-МС»

(ОГРН 1027739051460/ ИНН 7703027721)

Третье лица, не заявляющее самостоятельных требований относительно предмета

спора: Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Нижегородской области (ОГРН 1025203035219/ИНН 5253001734)

о взыскании 130 704 руб. 20коп.

при участии:

от истца: Каманина А.О. (дов. от 02.02.2015 №2)

от ответчика: Цибисовой Ю.А. (дов. от 01.01.2015), Фадеевой Н.Б. (дов. от 01.01.2015),

от третьего лица: Майсюк Т.А. (дов. от 27.11.2014),

установил:

общество с ограниченной ответственностью «Стоматолог» обратилось в Арбитражный суд Нижегородской области с иском заявлением к открытому акционерному обществу «РОСНО-МС» о взыскании 130 704 руб. 20 коп. долга по договору от 20.12.2012 №90/1 на оказание и оплату медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию, а также 41 340 руб. 84 коп. расходов по оплате юридических услуг и 4 922 руб. 00 коп. государственной пошлины.

Истец в судебном заседании заявленные требования поддержал в полном объеме.

Ответчик и третье лицо, возражая против иска, ссылаются на то, что истцом в декабре 2014 года были оказаны медицинские услуги в большем объеме, чем предусмотрено решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, а с просьбой о корректировке объемов в названную комиссию истец обратился только 22.01.2015, то есть после окончания финансового года. По их мнению, из-за несвоевременной подачи обращения истца о внесении изменений в утвержденные объемы медицинской помощи, в их увеличении, ему отказано правомерно.

Как следует из материалов дела, между обществом с ограниченной ответственностью «Стоматолог» и открытым акционерным обществом Страховая компания «РОСНО-МС» заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию №90/1 от 09.01.2012.

По условиям договора, истец обязался 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 ОМС (пункт 1 договора).

Пунктами 2.1. и 2.2. договора стороны предусмотрели, что страховая медицинская организация обязуется оплачивать медицинскую помощь путем перечисления средств на расчетный счет организации на основании предъявленных организацией счетов и реестров счетов до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

На основании пункта 4.1. договора в редакции дополнительного соглашения от 30.12.2014 ответчик обязался 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 (приложение №1 к договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, в течение трех рабочих дней после получения средств ОМС от территориального фонда ОМС путем перечисления указанных средств на расчетный счет истца на основании предъявленных истцом счетов и реестров счетов, до 15 числа месяца, следующего за отчетным, перечислить средства обязательного

медицинского страхования на расчетный счет организации за оказанную в декабре медицинскую помощь на основании предъявленных организацией счетов и реестров счетов до 28 января 2015 года включительно.

Ответчик также обязался до 26 числа каждого месяца включительно направлять истцу аванс в размере суммы средств, указанной в заявке на авансирование, полученной от истца (пункт 4.2. договора в редакции дополнительного соглашения от 29.04.2014).

01.12.2014 стороны подписали соглашение о расторжении договора на оказание и оплату медицинских услуг с 31.12.2014.

В пункте 9 установлен срок действия договора с 01.01.2013 по 31.12.2013.

Договор продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания (пункт 10 договора).

Истец в период 01.12.2014 по 20.12.2014 оказал медицинские услуги на общую сумму 590 393 руб. 13 коп. Для оплаты в адрес ответчика выставил счет №113 от 21.12.2014 на сумму оказанных услуг, а также реестр на оплату медицинской помощи.

Ответчик платежными поручениями №15184 от 23.12.2014, №15745 от 26.12.2014 частично оплатил оказанные истцом услуги. Актом медико-экономического контроля №113 от 21.12.2014 ответчик отказал, в том числе, в выплате 130 704 руб. 20 коп. мотивировав его превышением плановых объемов. Отказ послужил основанием для обращения истца в арбитражный суд с настоящим иском.

В силу положений статей 309 и 310 Гражданского кодекса Российской Федерации обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона.

В соответствии с пунктом 1 статьи 779 Гражданского кодекса Российской Федерации по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

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

Из вышеуказанных правовых норм следует, что договор на предоставление медицинской помощи является договором возмездного оказания услуг.

В силу статьи 19 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 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.

Согласно статьям 3, 4, 16, 20 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются: обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования); государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

Медицинские организации обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Статья 39 Закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" устанавливает, что оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

Таким образом, законом установлена ответственность медицинского учреждения за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне.

В соответствии со статьей 65 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации каждое лицо, участвующее в деле, должно доказать те обстоятельства, на которые оно ссылается как на основание своих требований и возражений.

Факт оказания ООО «СТАМОТОЛОГ» медицинских услуг в сумме 590 393 руб. 13 коп. в рамках предусмотренных территориальной программой видов медицинской помощи застрахованным в системе обязательного медицинского страхования гражданам ответчиком не оспаривается и подтверждён представленными доказательствами.

Доказательств, опровергающих данный факт, а также доказательств предъявления к оплате истцом стоимости медицинских услуг, не включенных в программу обязательного медицинского страхования, некачественного оказания услуг или применения ненадлежащих тарифов ни ответчик, ни третье лицо не представили.

Доводы ответчика о правомерном отказе в пересмотре объемов из-за несвоевременности обращения (не обращении) в комиссию о корректировке объёмов необоснованны.

Согласно частям 6, 7 статьи 38 Закона № 326-ФЗ в случае превышения установленного в соответствии с названным 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 по соответствующему обращению страховой медицинской организации вправе принять решение о предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда.

В соответствии с пунктом 122 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (далее - Правила), страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские

организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Пунктом 123 Правил предусмотрена возможность корректировки объема предоставления медицинской помощи, установленного на год.

Таким образом, федеральное законодательство не ставит возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования в зависимость от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание застрахованным лицам бесплатной медицинской помощи.

То обстоятельство, что истец не обратился в Комиссию с просьбой о корректировке объемов медицинской помощи, не может освобождать ответчика от обязанности по оплате фактически оказанных услуг. Из содержания пункта 8 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющегося приложением № 1 к Правилам, следует, что обращение в данную комиссию является правом медицинских организаций, а не их обязанностью. При этом таким же правом наделены медицинские страховые организации. Следовательно, ответчик также имел возможность обратиться в комиссию с соответствующей просьбой о корректировке объемов, что он и сделал, но получив отрицательный ответ, его не оспорил.

Тем самым, федеральное законодательство не ставит возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования. В связи с этим оказание истцом медицинских услуг сверх установленного объема является страховыми случаями и подлежит оплате в заявленном размере независимо от отсутствия у ответчика денежных средств для оплаты оказанных ООО «Стоматолог» услуг в связи с их не поступлением от Территориального фонда.

Доказательства, подтверждающие оплату оказанных услуг в полном объеме, отсутствуют, в связи с чем требования ООО «Стоматолог» о взыскании задолженности в размере 130 704 руб. 20 коп. подлежат удовлетворению в полном объеме.

Кроме того, истец просит взыскать с ответчика судебные расходы на оплату услуг представителя в размере 40 000 рублей.

В соответствии со статьей 106 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации расходы, понесенные участниками процесса на оплату услуг

адвокатов и иных лиц, оказывающих юридическую помощь (представителей) отнесены к судебным издержкам.

Частью 2 статьи 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации предусмотрено, что расходы на оплату услуг представителя, понесенные лицом, в пользу которого принят судебный акт, взыскиваются с другого лица, участвующего в деле, в разумных пределах.

Как разъяснено в пункте 3 Информационного письма Президиума Высшего Арбитражного Суда РФ от 05.12.2007 №121 «Обзор судебной практики по вопросам, связанным с распределением между сторонами судебных расходов на оплату услуг адвокатов и иных лиц, выступающих в качестве представителей в арбитражных судах», лицо, требующее возмещения расходов на оплату услуг представителя, доказывает их размер и факт выплаты, другая сторона вправе доказывать их чрезмерность.

В рассматриваемом случае, понесенные расходы на оплату услуг представителя в сумме 41 340 руб. 84 коп. подтверждены договором поручения от 6 февраля 2015 года и расходный кассовый ордер от 06.02.2015.

Представитель ответчика заявил о чрезмерности представительских расходов, считает разумными расходы в сумме 20 000 рублей.

В рассматриваемом случае с учётом условий оказания правовой помощи, определённых договором поручения от 6 февраля 2015 года, объёма выполненных работ (изучение, подготовка необходимых документов, составление искового заявления и направления его в суд, участие представителя истца в судебных заседаниях), сложности дела (взыскание задолженности), документального подтверждения факта понесенных заявителем расходов, суд считает, что судебные расходы заявителя на оплату услуг представителя подлежат взысканию с ответчика в размере 20 000 рублей.

Расходы по оплате государственной пошлины относятся на ответчика в порядке статьи 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Руководствуясь ст. ст. 110, 167, 168, 170, 226-229, 319, 321 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, суд

**РЕШИЛ:**

взыскать с открытого акционерного общества «РОСНО-МС» (ОГРН 1027739051460/ ИНН 7703027721) в пользу общества с ограниченной ответственностью «Стоматолог» (ОГРН 1025203026474/ ИНН 5260070672) 130 704 руб. 20 коп. долга, а также 4 921 руб. 12 коп. государственной пошлины, 20 000 рублей представительских расходов.

Исполнительный лист выдать после вступления решения в законную силу.

Настоящее решение вступает в законную силу по истечении одного месяца со дня принятия, если не будет подана апелляционная жалоба. В случае подачи апелляционной жалобы, решение вступает в законную силу со дня принятия постановления арбитражного суда апелляционной инстанции.

Решение может быть обжаловано в Первый арбитражный апелляционный суд через Арбитражный суд Нижегородской области в течение месяца с момента принятия решения.

Вступившее в законную силу решение арбитражного суда первой инстанции, если такое решение было предметом рассмотрения в арбитражном суде апелляционной инстанции или если арбитражный суд апелляционной инстанции отказал в восстановлении пропущенного срока подачи апелляционной жалобы, может быть обжаловано в порядке кассационного производства в Арбитражный суд Волго-Вятского округа в срок, не превышающий двух месяцев со дня вступления его в законную силу.

Судья

И.И.Моисеева