



## ПЕРВЫЙ АРБИТРАЖНЫЙ АПЕЛЛЯЦИОННЫЙ СУД

Березина ул., д. 4, г. Владимир, 600017

<http://1aas.arbitr.ru>, тел/факс: (4922) телефон 44-76-65, факс 44-73-10

---

### П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

г. Владимир  
16 июля 2015 года

Дело № А43-5545/2015

Резолютивная часть постановления объявлена 09.07.2015.

Полный текст постановления изготовлен 16.07.2015.

Первый арбитражный апелляционный суд в составе судьи Соловьевой М.В., при ведении протокола секретарем судебного заседания Никоновой А.В.,

при участии представителей сторон:

от истца – Каманин А.О. по доверенности от 16.02.2015 (сроком на 3 года), Хрящев И.В. по доверенности от 06.07.2015 № 02/15 (сроком на 3 дня);

от ответчика – Цибисова Ю.А. по доверенности от 01.01.2015 (сроком до 31.12.2015),

от третьего лица - Майсюк Т.А. по доверенности от 27.11.2014 № 117 (сроком до 31.12.2015),

рассмотрел в открытом судебном заседании апелляционную жалобу открытого акционерного общества «РОСНО-МС»

на решение Арбитражного суда Нижегородской области от 12.05.2015 по делу № А43-5545/2015 рассмотренному в порядке упрощенного производства, принятое судьей Левашовой Е.А.,

по иску общества с ограниченной ответственностью «Комильфо» (ИНН 5259041148) к открытому акционерному обществу «РОСНО-МС» (ИНН 7703027721), при участии третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора - Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области, о взыскании 268 270 руб. 74 коп.

### У С Т А Н О В И Л:

общество с ограниченной ответственностью «Комильфо» (далее – ООО «Комильфо», Общество, истец) обратилось в Арбитражный суд Нижегородской области с исковым заявлением к открытому акционерному обществу «РОСНО-МС» (далее – ОАО «РОСНО-МС», ответчик) о

взыскании задолженности в сумме 268 270 руб. 74 коп. по договору от 20.12.2012 № 69/1 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и 68 654 руб. 15 коп. судебных расходов.

К участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечен Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – Фонд, третье лицо).

Решением от 12.05.2015 Арбитражный суд Нижегородской области заявленные требования удовлетворил, взыскал с ОАО «РОСНО-МС» в пользу ООО «Комильфо» 268 270 руб. 74 коп. задолженности, 55 000 руб. судебных расходов и 8 365 руб. государственной пошлины.

Не согласившись с принятым судебным актом, ОАО «РОСНО-МС» обратилось в Первый арбитражный апелляционный суд с апелляционной жалобой, в которой просит отменить решение суда первой инстанции на основании статьи 270 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации в связи с неправильным применением норм материального права, а также несоответствием выводов суда, изложенных в решении, материалам дела и обстоятельствам дела.

В апелляционной жалобе заявитель сослался на то, что право страховой медицинской организации не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи предусмотрено пунктом 2.2 Договора от 20.12.2012 № 69/1 и типовым договором, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован в Минюсте РФ 29.12.2012, регистрационный № 26421).

Указывает, что действующим в спорный период договором установлено, что оплата оказанных медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования производится в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных для медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия по разработке территориальной программы, Комиссия).

В соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (пункт 5.3.2 Приложения 8), а также действующим в спорный период Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на 2014 год (Приложение №28), предъявление медицинской организацией к оплате

случаев оказания медицинской помощи сверх объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы относится к нарушениям, связанным с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, и является основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Полагает, что оказанные истцом в декабре 2014 года медицинские услуги сверх установленного объема не могут являться страховыми случаями и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Более того, суд первой инстанции не принял во внимание, что в течение 2014 года объемы оказываемой истцом медицинской помощи утверждались решениями Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования неоднократно (Протокол от 09.01.2014 № 1, Протокол от 22.08.2014 № 15, Протокол от 28.11.2014 № 21).

Обращает внимание суда, что фактически оказанные истцом медицинские услуги в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания населению Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на 2014 год приняты ответчиком и оплачены, следовательно, договорное обязательство по оплате ответчик исполнил надлежащим образом.

Кроме того, истец не представил в материалы дела доказательств того, что превышение в декабре 2014 года установленных объемов медицинской помощи вызвано повышенной заболеваемостью населения, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту. Причина превышения истцом объемов услуг, утвержденных договором от 20.12.2012 № 69/1, судом не установлена.

По мнению заявителя, приняв у истца спорные услуги, ответчик нарушил бы условия договора с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области.

Поясняет, что в соответствии с условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования территориальный фонд принимает решение о предоставлении или отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой компании объемов средств на оплату медицинской помощи (пункт 4.8).

Судом не принят во внимание факт обращения ОАО «РОСНО-МС» в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Нижегородской области с заявкой на предоставление средств из нормированного страхового запаса ввиду отсутствия целевых средств для оплаты медицинской помощи, оказанной истцом сверх установленных договором объемов, а также отказ Территориального фонда в предоставлении указанных средств.

Указывает, что судом первой инстанции по результатам рассмотрения ходатайства ответчика о рассмотрении дела по общим правилам искового производства соответствующий судебный акт (определение) вынесено не было.

В возражениях на апелляционную жалобу ООО «Комильфо» не согласилось с доводами апелляционной жалобы, считает решение суда первой инстанции законным и обоснованным.

В отзыве на апелляционную жалобу Фонд согласился с доводами апелляционной жалобы, просил отменить решение суда первой инстанции.

В заседании суда представители заявителя и Фонда поддержали доводы апелляционной жалобы, представитель истца возражал против доводов апелляционной жалобы, считает решение суда первой инстанции законным и обоснованным.

Законность и обоснованность принятого по делу решения проверены Первым арбитражным апелляционным судом в порядке главы 34 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации с учетом особенностей, предусмотренных статьей 272.1 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, о порядке рассмотрения апелляционных жалоб на решения арбитражного суда по делам, рассмотренным в порядке упрощенного производства.

Повторно рассмотрев дело, проверив доводы апелляционной жалобы, Первый арбитражный апелляционный суд не находит оснований для отмены решения суда первой инстанции.

Как следует из материалов дела и установлено судом, ответчик (страховая медицинская организация) и истец (медицинская организация) заключили договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 20.12.2012 № 69/1.

По условиям договора, истец обязался оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области, а ответчик обязался оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС (пункт 1 договора в редакции дополнительного соглашения от 09.01.2013).

В силу пункта 4.1. договора в редакции дополнительного соглашения от 09.01.2013 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.

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 от 20.12.2012 с 31.12.2014 № 69/1.

Дополнительным соглашением к договору от 30.12.2014 стороны дополнили пункт договора 4.1. следующим: перечислить средства ОМС на расчетный счет истца за оказанную в декабре 2014 года медицинскую помощь на основании предъявленных истцом счетов и реестров счетов до 28 января 2015 года включительно.

В пункте 9 договора в редакции дополнительного соглашения от 09.01.2013 установлен срок действия договора с 01.01.2013 по 31.12.2013.

Истец в период 01.12.2014 по 21.12.2014 оказал медицинские услуги на общую сумму 489 460 руб. 05 коп. Для оплаты в адрес ответчика выставил счет-фактуру от 22.12.2014 № ПЛ00000100 на сумму 489 460 руб. 05 коп., а также реестр на оплату медицинской помощи за период с 01.12.2014 по 21.12.2014.

Ответчик платежными поручениями от 23.12.2014 № 149, от 29.01.2015 № 21 частично оплатил оказанные истцом услуги. Согласно расчету истца за ответчиком числится задолженность в размере 268 270 руб. 74 коп.

Отказ ответчика от оплаты выставленного истцом счета в полном объеме за оказанные медицинские услуги в сумме 268 270 руб. 74 коп., мотивированный превышением плановых объемов, послужил основанием для обращения истца в Арбитражный суд Нижегородской области с настоящим иском.

Согласно статьям 309, 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).

В силу статьи 19 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Статьями 3, 4, 16, 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлено, что 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.

Согласно акту медико-экономического контроля от 25.12.2014 следует, что в декабре 2014 года истец оказал медицинские услуги на сумму 268 270 руб. 74 коп. с превышением объемов оказанной бесплатной медицинской помощи на указанную сумму.

Ответчик не оспорил факт оказания истцом медицинских услуг лицам, застрахованным ответчиком, в том числе с превышением объемов; не оспорил качество оказанных медицинских услуг; не представил в соответствии со статьей 65 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации доказательств включения Учреждением в счет на оплату медицинских услуг, не входящих в программу обязательного медицинского страхования, и применения Учреждением ненадлежащих тарифов.

Доказательств оплаты оказанных медицинских услуг в полном объеме ответчиком не представлено.

Проанализировав материалы дела, суд первой инстанции пришел к верному выводу об удовлетворении исковых требований о взыскании задолженности в размере 268 270 руб. 74 коп.

Одновременно, истец просил взыскать с ответчика судебные расходы на оплату услуг представителя в размере 68 654 руб. 15 коп.

Согласно ст. 101 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации судебные расходы состоят из государственной пошлины и судебных издержек, связанных с рассмотрением дела арбитражным судом.

В силу ст. 106 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации к судебным издержкам, связанным с рассмотрением дела в арбитражном суде, относятся, в том числе, другие расходы, понесенные лицами, участвующими в деле, в связи с рассмотрением дела в арбитражном суде.

На основании ч.1 и ч.2 ст. 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации судебные расходы, понесенные лицами, участвующими в деле, в пользу которых принят судебный акт, взыскиваются арбитражным судом со стороны.

Одновременно п. 3 ст. 111 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации предусматривает, что по заявлению лица, участвующего в деле, на которое возлагается возмещение судебных расходов, арбитражный суд вправе уменьшить размер возмещения, если этим лицом представлены доказательства их чрезмерности.

В обоснование понесенных расходов заявителем представлены договор поручения на совершение юридических действий от 27.02.2015 на сумму 68 654 руб. 15 коп., предметом, которого является взыскание задолженности с ОАО «РОСНО-МС» по счету-фактуре от 22.12.2014 № ПЛ00000100, и расходный кассовый ордер от 02.03.2015 № 16 на сумму 68 654 руб. 15 коп.

Проанализировав представленные в материалы дела документы в порядке статьи 71 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, и принимая во внимание пункт 20 информационного письма Президиума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 13.08.2004 № 82 «О некоторых вопросах применения Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации», арбитражный суд, учел категорию сложности данного дела и проделанную в рамках рассмотрения дела представителем работу, пришел к выводу, что требование заявителя о взыскании судебных издержек, связанных с рассмотрением дела № А43-5545/2015, подлежит удовлетворению в сумме 55 000 руб., которая составляет разумный предел на оплату юридических услуг в рассматриваемом случае (с учетом не представления интересов истца в суде в связи с рассмотрением дела в упрощенном порядке).

Довод заявителя об отсутствии у ООО «Комильфо» права на оплату медицинской помощи сверх утвержденного Комиссией объема в программе обязательного медицинского страхования судом апелляционной инстанции отклоняется, поскольку отказ ответчика в оплате фактически оказанной медицинской помощи надлежащего качества нарушает права и интересы Общества в сфере предпринимательской деятельности и деятельности ОМС, поскольку создает препятствия для получения заявителем денежных средств в оплату фактически уже оказанных Обществом в рамках территориальной программы ОМС медицинских услуг, создает препятствие для граждан РФ в получении качественной медицинской помощи, а также создает угрозу применения мер ответственности к Обществу за отказ от оказания медицинской помощи в рамках ОМС.

То обстоятельство, что истец не обратился в Комиссию с просьбой о корректировке объемов медицинской помощи, не может освободить 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.



Довод заявителя о том, что оказанные истцом в декабре 2014 года медицинские услуги сверх установленного объема не могут являться страховыми случаями и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, судом апелляционной инстанции отклоняется в силу следующего.

В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 29.11.2011 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии с Реестром на оплату при оказании стоматологической помощи, к истцу обратилось конкретное количество граждан с конкретными заболеваниями, в связи с чем, истец оказал медицинскую помощь.

Таким образом, поскольку истец оказывал медицинскую помощь гражданам в связи с заболеваниями, при наступлении которых застрахованным лицам предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, данные события являются страховыми случаями по смыслу Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Допущенное арбитражным судом первой инстанции процессуальное нарушение (не вынесено определение по результатам рассмотрения ходатайства ответчика о рассмотрении дела по общим правилам судопроизводства) не является безусловным основанием к отмене решения и не привело к вынесению незаконного судебного акта.

Кроме того, согласие сторон на рассмотрение настоящего дела в порядке упрощенного производства не требуется, наличие обстоятельств, предусмотренных ч. 5 ст. 227 АПК РФ судом не установлено, судом правомерно рассмотрено дело в порядке упрощенного производства.

Доводы апелляционной жалобы не содержат фактов, которые бы не были проверены и учтены судом первой инстанции, при рассмотрении дела, а в апелляционной инстанции могли бы повлиять на законность и обоснованность принятого судебного акта. В связи с этим признаются судом апелляционной инстанции несостоятельными и не могут служить основанием для отмены решения суда.

С учетом изложенного, решение суда является законным и обоснованным. Судебный акт соответствует нормам материального права, а содержащиеся в нем выводы – установленным по делу фактическим обстоятельствам и имеющимся в деле доказательствам.

Нарушений норм процессуального права, предусмотренных частью 4 статьи 270 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, при разрешении спора судом первой инстанции не допущено.

Согласно статье 110 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации судебные расходы относятся на заявителя апелляционной жалобы.

Руководствуясь статьями 176, 258, 268, 269, 271, 272.1 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Первый арбитражный апелляционный суд

**П О С Т А Н О В И Л :**

решение Арбитражного суда Нижегородской области от 12.05.2015 по делу № А43-5545/2015 оставить без изменения, апелляционную жалобу открытого акционерного общества «РОСНО-МС» - без удовлетворения.

Постановление вступает в законную силу со дня его принятия.

Постановление может быть обжаловано в Арбитражный суд Волго-Вятского округа в месячный срок со дня его принятия только по основаниям, предусмотренным частью 4 статьи 288 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации.

Судья

М.В. Соловьева