

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА
по судебной практике рассмотрения Арбитражным судом Волгоградской
области дел, связанных с применением законодательства об обязательном
медицинском страховании, за период 2020-2022 годы
(одобрена постановлением президиума Арбитражного суда
Волгоградской области от 10.05.2023)

В соответствии с планом работы Арбитражного суда Волгоградской области на первое полугодие 2023 года, а также поручением Арбитражного суда Поволжского округа проведен анализ судебной практики рассмотрения споров, связанных с применением законодательства об обязательном медицинском страховании, за период 2020-2022 годы.

При рассмотрении указанной категории дел суды руководствовались Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», зарегистрированным в Минюсте России 17.05.2019 № 54643, другими нормативно-правовыми актами.

За анализируемый период (2020-2022 годы) Арбитражным судом Волгоградской области рассмотрено 56 дел, разрешение спора по которым связано с применением законодательства об обязательном медицинском страховании.

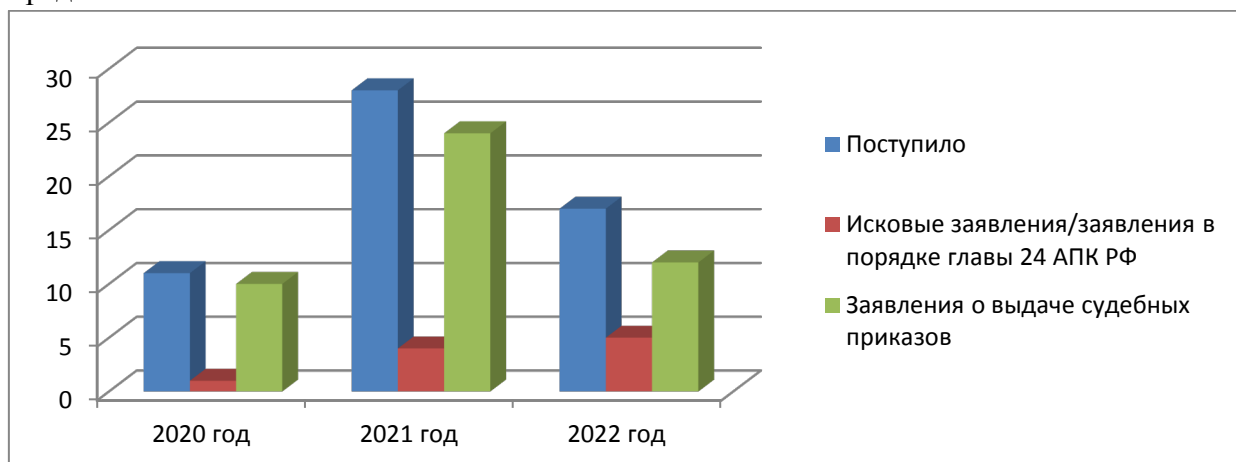
В 2020 году Арбитражным судом Волгоградской области рассмотрено 11 дел анализируемой категории, из них дел приказного производства – 10 (взыскание задолженности по оплате штрафных санкций с медицинских организаций).

В 2021 году Арбитражным судом Волгоградской области рассмотрено 28 дел анализируемой категории, из них дел приказного производства – 24 (взыскание задолженности по оплате штрафных санкций с медицинских организаций).

В 2022 году Арбитражным судом Волгоградской области рассмотрено 17 дел анализируемой категории, из них дел приказного производства – 12 (взыскание задолженности по оплате штрафных санкций с медицинских организаций).

Анализ указанных статистических данных показывает, что значительную часть от числа рассмотренных арбитражных дел анализируемой категории (82,14 %) в период 2020-2022 годов составили дела приказного производства.

Наглядно динамика изменения числа поступивших исковых (заявительных) материалов рассматриваемой категории продемонстрирована на диаграмме, представленной ниже.

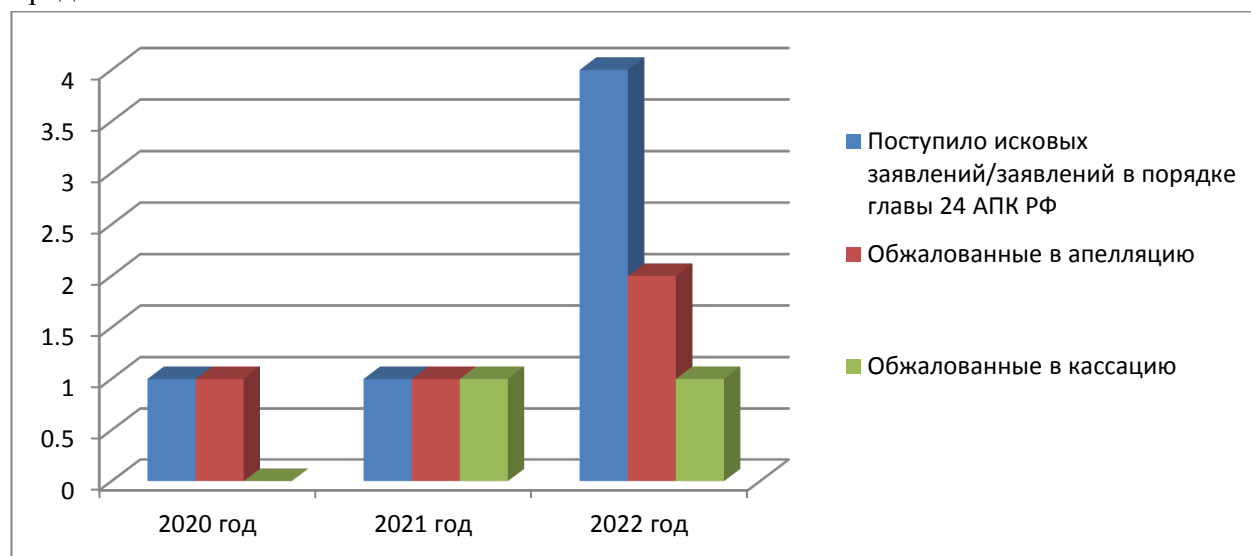


В 2020 году в апелляционном порядке обжалован один судебный акт суда первой инстанции (дело № А12-7471/2020), постановлением Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 15.09.2020 решение оставлено без изменения.

В 2021 году в апелляционном и кассационном порядке обжалован один судебный акт суда первой инстанции (дело № А12-4875/2021). По результатам инстанционной проверки решение Арбитражного суда Волгоградской области от 07.06.2021 по делу № А12-4875/2021 оставлено без изменения.

В 2022 году по делам анализируемой категории обжаловано 2 судебных акта в апелляционном порядке (решение по делу № А12-34358/2021 изменено) и 1 судебный акт (дело № А12-34359/2021) в кассационном порядке (решение и постановление по делу А12-34359/2021 изменены).

Наглядно указанные статистические данные продемонстрированы на диаграмме, представленной ниже.



Далее приведены правовые позиции, сформулированные по отдельным вопросам, возникающим при рассмотрении дел анализируемой категории.

1. Взимание платы медицинской организацией с застрахованного лица за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, является нарушением условий предоставления медицинской помощи застрахованному лицу. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации, рассчитывается в соответствии с пунктом 127.4 Приказа Минздрава России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Решением Арбитражного суда Волгоградской области от 08.07.2020 по делу № А12-7471/2020 требование страхового общества к медицинской организации о взыскании штрафа по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию удовлетворено.

При этом суд первой инстанции исходил из доказанности факта взимания медицинской организацией платы с застрахованного лица за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, что является нарушением условий договора в отношении объёмов, сроков, качества и условий предоставления застрахованным гражданам медицинской помощи согласно Приложению № 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской

помощи» к Приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 01.12.2010 по коду: 1.4. - взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Поскольку указанные обстоятельства являются основанием для применения страховым обществом к медицинской организации штрафных санкций за нарушение ответчиком условий договора в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления застрахованным гражданам медицинской помощи в соответствии Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», суд первой инстанции удовлетворил заявленные требования.

Постановлением Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 15.09.2020 решение оставлено без изменения.

2. Акт проверки территориального фонда обязательного медицинского страхования является ненормативным правовым актом, который может быть обжалован организацией в арбитражном суде в порядке, установленном главой 24 АПК РФ. Платежи медицинской организации по возврату привлеченных для осуществления медицинской деятельности займов и процентов по займам являются целевыми расходами средств ОМС.

Решением Арбитражного суда Волгоградской области от 07.06.2021 по делу № А12-4875/2021 требования медицинской организации (далее – общество) о признании недействительным (незаконным) акта проверки использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), составленного фондом обязательного медицинского страхования (далее – Фонд), удовлетворены.

Удовлетворяя заявленные требования, суд первой инстанции исходил из отсутствия факта нецелевого использования обществом средств ОМС, направленных на погашение задолженностей по договорам займа, поскольку сами заемные средства ранее были расходованы на нужды, связанные с организацией и процессом оказания медицинской помощи. Без несения спорных затрат общество не реализовало бы право застрахованных лиц на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи.

Постановлением Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 17.08.2021 и постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 07.12.2021 решение оставлено без изменения.

3. Неустойка за неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, рассчитанная в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения просрочки, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки, предусмотренная частью 7 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», не может быть уменьшена при применении статьи 333 ГК РФ ниже предела, установленного пунктом 1 статьей 395 ГК РФ (пункт 6 ст. 395 ГК РФ).

Решением Арбитражного суда Волгоградской области от 20.04.2022 года по делу № А12-34358/2021 исковые требования медицинского учреждения удовлетворены

частично, со страхового общества взыскана неустойка, предусмотренная частью 7 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», за ненадлежащее исполнение обязательств по оплате оказанной медицинской помощи в размере 200 000 руб. (по результатам применения ст. 333 ГК РФ).

Постановлением Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 06.07.2022 решение суда первой инстанции изменено, взыскана неустойка в размере 319 473 руб. 44 коп. с применением однократной ключевой ставки Центрального Банка Российской Федерации, действовавшей в соответствующие периоды.

Изменяя решение суда, Двенадцатый арбитражный апелляционный суд отметил, что суд первой инстанции снизил размер неустойки до суммы, которая значительно ниже однократной учетной ставки Банка России, при этом экстраординарность такого снижения не обоснована. Исходя из принципов разумности и соразмерности, соблюдая баланс интересов сторон, длительность неисполнения обязательств, суд апелляционной инстанции принял контррасчет неустойки, представленный ответчиком, пришел к выводу о наличии правовых оснований для снижения размера подлежащей взысканию неустойки до 319 473 руб. 44 коп. с применением однократной ключевой ставки Центрального Банка России, действовавшей в соответствующие периоды.

По другому делу № А12-34359/2021 решением Арбитражного суда Волгоградской области от 06.04.2022, оставленным без изменения постановлением Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 21.06.2022, исковые требования медицинского учреждения удовлетворены частично, со страхового общества взыскана неустойка, предусмотренная частью 7 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», за ненадлежащее исполнение обязательств по оплате оказанной медицинской помощи в размере 250 000 руб. (по результатам применения ст. 333 ГК РФ).

Постановлением Арбитражного суда Поволжского округа от 17.10.2022 решение суда первой инстанции в части взыскания неустойки изменено, взыскана неустойка в размере 319 473 руб. 44 коп., вывод судов первой и апелляционной инстанций о снижении неустойки ниже предела, установленного пунктом 1 статьей 395 ГК РФ признан противоречащим нормам пунктом 6 статьи 395 ГК РФ.