

# АРБИТРАЖНЫЙ СУД СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ОКРУГА

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 25 декабря 2025 г. по делу N А56-126350/2023

Арбитражный суд Северо-Западного округа в составе председательствующего Пастуховой М.В., судей Бобарыкиной О.А., Старченковой В.В., при участии от общества с ограниченной ответственностью "АВА-Петер" Николаева А.Н. (доверенность от 09.01.2025), от акционерного общества "Медицинская акционерная страховая компания" Калиновской О.В. (доверенность от 23.10.2025 N 262 (МЕД)), от государственного учреждения "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга" Черниковой В.В. (доверенность от 17.04.2025 N 63), рассмотрев 23.12.2025 в открытом судебном заседании кассационную жалобу общества с ограниченной ответственностью "АВА-Петер" на постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 28.07.2025 по делу N А56-126350/2023,

установил:

Общество с ограниченной ответственностью "АВА-Петер", адрес: 191014, Санкт-Петербург, Литейный проспект, дом 55А, литера А, помещение 3-н, комната 31, этаж 1, ОГРН 1027809228072, ИНН 7825052242 (далее - Общество, медицинская организация), обратилось в Арбитражный суд города Санкт-Петербурга и Ленинградской области с иском к акционерному обществу "Медицинская акционерная страховая компания", адрес: 115184, Москва, улица Малая Ордынка, дом 50, ОГРН 1027739099772, ИНН 7702030351 (далее - Компания, страховая медицинская организация), о взыскании 5 960 215 руб. 93 коп. задолженности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) от 15.01.2021 N 780224/2021.

К участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечено государственное учреждение "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга", адрес: 196006, Санкт-Петербург, улица Коли Томчака, дом 9, литера А, ОГРН 1037843033360, ИНН 7808024083 (далее - Фонд).

Решением суда первой инстанции от 16.05.2025 иск удовлетворен в полном объеме.

Постановлением суда апелляционной инстанции от 28.07.2025 решение суда от 16.05.2025 отменено. В удовлетворении иска отказано.

В кассационной жалобе Общество, ссылаясь на неправильное применение апелляционным судом норм материального права и нарушение им норм процессуального права, несоответствие его выводов фактическим обстоятельствам дела и представленным доказательствам, просит отменить обжалуемое

постановление, оставить в силе решение суда первой инстанции. Как указывает податель жалобы, апелляционный суд нарушил часть 1 статьи 49 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации (далее - АПК РФ), изменив по своей инициативе предмет и основания иска, предъявленного Обществом. Вопреки выводам апелляционного суда, взыскание Обществом задолженности по оплате медицинской помощи в 2021 году, в котором было отказано по мотиву представления медицинской организацией счетов на оплату сверх установленных объемов медицинской помощи, не является предметом и основанием иска, рассматриваемого в настоящем деле. Податель жалобы также ссылается на неправильное применение апелляционным судом норм части 6 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании" (далее - Закон N 326-ФЗ) и пункта 32 Обзора судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании, утвержденного Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 27.11.2024 (далее - Обзор от 27.11.2024).

В отзывах Компания и Фонд возражают против доводов кассационной жалобы и просят оставить обжалуемое постановление без изменения, считая его законным и обоснованным.

В судебном заседании представитель Общества поддержал доводы, приведенные в кассационной жалобе, а представители Фонда и Компании возражали против ее удовлетворения.

Законность обжалуемого судебного акта проверена в кассационном порядке.

Как следует из материалов дела, между Компанией (страховая медицинская организация), Обществом (организация) и Фондом 15.01.2021 заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) N 780224/2021 (далее - договор), в соответствии с пунктом 1 которого Общество обязалось с даты вступления в силу договора и до 31.12.2021 (включительно) оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой ОМС и объемами предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, указанными в пункте 2 договора, в случае если медицинская помощь оказывается в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС (далее - медицинская помощь по территориальной программе), а страховая медицинская организация обязуется оплатить оказанную застрахованному в страховой медицинской организации лицу указанную медицинскую помощь в соответствии с договором (1.1); оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках базовой программы ОМС, в случае если медицинская помощь оказывается за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС (далее - медицинская помощь по базовой программе), а Фонд обязуется оплатить указанную медицинскую помощь в соответствии с договором (1.2).

Пунктом 8.1 договора установлена обязанность организации обеспечить оказание медицинской помощи по территориальной программе в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями к ее оказанию, в пределах, распределенных организации Комиссией, указанной в части 9 статьи 36 Закона N 326-ФЗ, объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, в рамках работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности организации.

На основании пункта 8.8 договора организация обязалась представлять в страховую медицинскую организацию заявку на авансирование медицинской помощи по территориальной программе, счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС.

Из пункта 7.1 договора следует, что Компания обязалась оплачивать медицинскую помощь по территориальной программе, оказанную Обществом застрахованному в страховой медицинской организации лицу по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Закона N 326-ФЗ, на основании представленных медицинской организацией в Фонд реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по территориальной программе с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Общества не позднее 25-го числа месяца (включительно).

Пунктом 14 договора определено, что оплата медицинской помощи, оказанной Обществом застрахованному лицу по договору, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

Во исполнение условий договора Общество в период с января по февраль 2021 года оказало застрахованным в системе ОМС Санкт-Петербурга гражданам медицинскую помощь и представило к оплате Компанией на бумажном носителе соответствующие счета от 09.02.2021 N 7, от 09.03.2021 N 8 и реестры счетов от 09.02.2021, от 09.03.2021 на общую сумму 5 960 215 руб. 93 коп.

Поскольку указанные счета не были оплачены, Общество обратилось к Компании с досудебной претензией от 22.12.2021.

Оставление Компанией претензионных требований без удовлетворения послужило основанием для обращения Общества в арбитражный суд с настоящим иском.

Как усматривается из материалов дела, между сторонами спора существуют разногласия о том, какой тариф должен применяться к оказанным медицинским услугам, а также возможность оплаты медицинской помощи, оказанной сверх утвержденных объемов.

Удовлетворяя иск, суд первой инстанции исходил из правомерности применения Обществом тарифов без учета дополнительного соглашения N 1 к генеральному тарифному соглашению на 2021 год, подписанного 24.02.2021.

Отменяя решение суда первой инстанции и отказывая в удовлетворении иска, апелляционный суд установил, что медицинской организацией оказаны услуги с превышением объемов оказания медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, и пришел к выводу, что у Общества отсутствует право на истребование у Компании спорной суммы.

Суд кассационной инстанции, изучив материалы дела и доводы жалобы, проверив правильность применения апелляционным судом норм материального и процессуального права, не находит оснований для удовлетворения жалобы по следующим основаниям.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, а также правовое положение субъектов и участников ОМС, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС, регулируются Законом N 326-ФЗ, в силу части 7 статьи 14 которого деятельность в сфере ОМС осуществляется на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, а также договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключаемого между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере ОМС, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями этих договоров (пункт 8 статьи 14 Закона N 326-ФЗ).

Частью 5 статьи 15 Закона N 326-ФЗ установлено, что медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - ТПО ОМС).

Медицинская организация имеет право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенного договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в иных случаях, предусмотренных Законом N 326-ФЗ (подпункт 1 пункта 1 статьи 20 Закона N 326-ФЗ).

Согласно части 2 статьи 28 Закона N 326-ФЗ страховая медицинская организация направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены ТПО ОМС.

Пунктом 2 части 7 статьи 34 Закона N 326-ФЗ определено, что территориальный фонд аккумулирует средства ОМС и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Федеральным фондом.

Частью 1 статьи 39 Закона N 326-ФЗ предусмотрено, что договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации ТП ОМС и которым решением комиссии по разработке ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, территориальным фондом и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации ТП ОМС, в установленном Законом N 326-ФЗ порядке.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в соответствии с ТП ОМС и в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, указанной в части 9 статьи 36 Закона N 326-ФЗ, в случае, если медицинская помощь оказывается в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС (пункт 1 части 2 статьи 39 Закона N 326-ФЗ).

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Закона N 326-ФЗ, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (часть 6 статьи 39 Закона N 326-ФЗ).

Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС предусмотрен разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н (далее - Правила ОМС).

Пунктом 121 Правил ОМС в редакции, действовавшей в спорный период, установлено, что в соответствии с частью 6 статьи 39 Закона N 326-ФЗ оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

В соответствии с пунктом 20 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение N 1 к Правилам ОМС), решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.

Приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", действующим в 2021 году, утвержден Порядок организации и проведения контроля медицинской помощи в сфере ОМС (далее - Порядок контроля).

Согласно Приложению N 8 к Порядку контроля "предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы" отнесено к нарушениям с кодом 5.3.2, включенным в раздел 5 "Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов", за которые пунктом 148 Правил ОМС предусмотрена санкция в виде полной неоплаты.

С учетом приведенных норм апелляционный суд пришел к правомерному выводу о том, что счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, должны представляться медицинской организацией в пределах установленных ей в надлежащем порядке объемов предоставления медицинской помощи.

Объем предоставления медицинской помощи является существенным условием заключенного сторонами договора и не может быть изменен в одностороннем порядке.

Согласно части 9 статьи 36 Закона N 326-ФЗ для разработки проекта ТП ОМС в субъекте Российской Федерации создается Комиссия по разработке ТП ОМС (далее - Комиссия), в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, 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, на паритетных началах.

Комиссия формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с Положением, являющимся приложением к Правилам ОМС.

Частью 10 статьи 36 Закона N 326-ФЗ установлено, что объемы предоставления медицинской помощи, установленные ТП ОМС, распределяются решением

Комиссии, указанной в части 9 статьи 36, 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.

В соответствии с пунктом 4 Положения о Комиссии она разрабатывает проект территориальной программы, распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций) до 1 января года, на который осуществляется распределение.

По смыслу приведенных норм страховая медицинская организация не может своим решением выделить или перераспределить медицинской организации дополнительные объемы, а также не может оплатить из целевых средств медицинскую помощь, оказанную с превышением объемов, поскольку это будет рассматриваться как нарушение условий договора, так и порядка оплаты медицинской помощи, установленного Правилами ОМС.

Поскольку принятие решений по распределению объемов предоставления медицинской помощи, их оперативной корректировке, распределению финансовых средств между страховыми медицинскими организациями относится к полномочиям Комиссии, Общество было вправе как обратиться с заявлением о выделении дополнительного объема, так и обжаловать отказы Комиссии в выделении дополнительных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения.

Объемы медицинской помощи, устанавливаемые медицинской организацией на год, могут быть скорректированы только при наличии оснований, установленных Законом N 326-ФЗ.

Учитывая, что решения Комиссии являются обязательными для всех участников ОМС, до принятия Комиссией соответствующего решения Компания не вправе оплачивать медицинскую помощь, оказанную сверх объемов, установленных Комиссией в соответствии с ее компетенцией.

Апелляционным судом установлено и материалами дела подтверждается, что медицинская помощь, оказанная Обществом в пределах установленного Комиссией объема медицинской помощи, оплачена Компанией в полном объеме.

Как следует из материалов дела, итоговый объем финансового обеспечения на 2021 год для Общества с учетом дополнительного соглашения от 29.11.2021 N 6 к договору составил 161 242 292 руб. Компанией произведена оплата медицинских услуг, оказанных Обществом в 2021 году, в общей сумме 161 242 292 руб.

Апелляционный суд правомерно принял во внимание следующие обстоятельства дела.

Претензия с требованиями об оплате счетов направлена Обществом 22.12.2021.

Однако по состоянию на дату направления претензии Обществом, за исключением периода январь, февраль 2021 года, были оказаны медицинские услуги в утвержденных на 2021 год объемах - 161 242 292 руб.

Медицинская организация, являясь профессиональным участником сферы ОМС и будучи осведомленной о том, что по состоянию на 22.12.2021 медицинские услуги за январь и февраль 2021 превышают выделенный объем, с заявлением о выделении дополнительных объемов в Комиссию как в срок до 31.12.2021, так и в 1 квартале 2022 года не обращалась.

В арбитражный суд с требованием о взыскании задолженности Общество обратилось 25.12.2023 (спустя 2 года с момента направления претензии и спустя 2 года 10 месяцев с момента направления счетов и реестров).

По итогам совокупной оценки представленных в материалы дела доказательств апелляционный суд установил, что объем медицинской помощи для Общества на 2021 год был установлен в размере 161 242 292 руб., Компанией произведена оплата медицинских услуг, оказанных медицинской организацией в 2021 году, в общей сумме 161 242 292 руб., с заявлениями о распределении дополнительных объемов Общество в Комиссию не обращалось, и пришел к правомерному выводу, что у суда первой инстанции отсутствовали правовые основания для удовлетворения иска о взыскании задолженности по оплате медицинских услуг, оказанных сверх установленных объемов.

Данный вывод апелляционного суда соответствует правовой позиции, приведенной в пункте 21 Обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации N 1(2022), утвержденного Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 01.06.2022, и в пункте 32 Обзора от 27.11.2024.

Доводы подателя жалобы об изменении апелляционным судом оснований и предмета заявленного Обществом иска не находят своего подтверждения ни в материалах дела, ни в содержании обжалуемого судебного акта.

В части 1 статьи 266 АПК РФ установлено, что арбитражный суд апелляционной инстанции рассматривает дело в судебном заседании по правилам рассмотрения дела арбитражным судом первой инстанции с особенностями, предусмотренными главой 34 АПК РФ.

На основании части 1 статьи 268 АПК РФ при рассмотрении дела в порядке апелляционного производства арбитражный суд по имеющимся в деле и дополнительно представленным доказательствам повторно рассматривает дело.

Повторное рассмотрение дела в суде апелляционной инстанции предполагает проверку и оценку фактических обстоятельств дела, их правовую квалификацию.

В определении от 20.12.2016 N 2665-О Конституционный Суд Российской Федерации указал, что обязанность суда апелляционной инстанции повторно

рассмотреть дело по правилам рассмотрения дела суда первой инстанции предполагает наличие у апелляционной инстанции полномочий по установлению обстоятельств дела и по оценке как тех доказательств, которые были исследованы и оценены судом первой инстанции, так и дополнительных доказательств. При выявлении оснований, перечисленных в части 1 статьи 270 АПК РФ, свидетельствующих о неполном выяснении обстоятельств, имеющих значение для дела, о недоказанности имеющих значение для дела обстоятельств, которые суд считал установленными, о несоответствии выводов, изложенных в решении, обстоятельствам дела, суд апелляционной инстанции отменяет или изменяет решение суда первой инстанции.

Как усматривается из материалов дела, в суде первой инстанции в отзывах на иск Фонд и Компания приводили доводы о том, что взыскание денежных средств по иску приведет к оплате медицинской помощи сверх установленного объема финансового обеспечения, и представляли соответствующие доказательства.

Однако суд первой инстанции в нарушение норм статьи 71 АПК РФ уклонился от оценки возражений Фонда и Компании и представленных ими доказательств, имеющих существенное значение для правильного рассмотрения спора.

Как следует из обжалуемого постановления, апелляционный суд пришел к выводу о неполном выяснении обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения дела, о недоказанности имеющих значение для дела обстоятельств, которые суд первой инстанции посчитал установленными, и о несоответствии выводов, изложенных в решении, обстоятельствам дела, в связи с чем правомерно принял новый судебный акт.

Общество представило с кассационной жалобой дополнительные доказательства.

Однако суд кассационной инстанции лишен процессуальных полномочий по оценке доказательств, представленных на стадии кассационного обжалования.

Согласно абзацу второму пункта 30 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 30.06.2020 N 13 "О применении Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации при рассмотрении дел в арбитражном суде кассационной инстанции" новые и (или) дополнительные доказательства, имеющие отношение к установлению обстоятельств по делу, судом кассационной инстанции не принимаются; если лицо, участвующее в деле, представило в суд кассационной инстанции дополнительные доказательства, не представленные им в суд первой, апелляционной инстанции, то такие доказательства судом кассационной инстанции к материалам дела не приобщаются и при необходимости возвращаются.

Учитывая изложенное, дополнительные доказательства, приложенные Обществом к кассационной жалобе, не приобщаются к материалам дела.

С учетом установленных обстоятельств дела апелляционный суд правомерно отказал в иске.

Суд кассационной инстанции не находит оснований для иной оценки выводов апелляционного суда применительно к установленным им обстоятельствам дела.

Иное толкование подателем жалобы норм действующего законодательства и иная оценка обстоятельств спора не свидетельствуют о неправильном применении апелляционным судом норм права.

Выводы апелляционного суда соответствуют представленным в материалы дела доказательствам, сделаны при правильном применении норм материального и процессуального права, в связи с чем отсутствуют основания для отмены обжалуемого постановления и удовлетворения жалобы.

Руководствуясь статьями 286, 287, 289 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Арбитражный суд Северо-Западного округа

постановил:

постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 28.07.2025 по делу N А56-126350/2023 оставить без изменения, а кассационную жалобу общества с ограниченной ответственностью "АВА-Петер" - без удовлетворения.

Председательствующий  
М.В.ПАСТУХОВА

Судьи  
О.А.БОБАРЫКИНА  
В.В.СТАРЧЕНКОВА

-----