



ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 302-ЭС22-6708

О П Р Е Д Е Л Е Н И Е

г. Москва

31 августа 2022 г.

Резолютивная часть определения объявлена 24.08.2022.

Определение в полном объеме изготовлено 31.08.2022.

№ А78-4102/2020

Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации в составе:

председательствующего судьи Иваненко Ю.Г.,

судей Антоновой М.К., Тютин Д.В.

рассмотрела в открытом судебном заседании кассационную жалобу государственного унитарного предприятия Забайкальского края «Государственная страховая медицинская компания «Забайкалмедстрах» (далее – ГК «Забайкалмедстрах») на решение Арбитражного суда Забайкальского края от 27.05.2021, постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 29.09.2021 и постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 02.02.2022 по делу № А78-4102/2020 по иску частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Чита» (далее – ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита») к ГК «Забайкалмедстрах» о взыскании 5 750 613 руб. 95 коп. задолженности по договору от 08.02.2017 № 43 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 1 770 129 руб. 97 коп. неустойки.

В судебном заседании приняли участие представитель

ГК «Забайкалмедстрах» Каминская Ю.А., представитель ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита» Забелин К.Н., представитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – ТФОМС Забайкальского края) Куренная И.И.

Заслушав доклад судьи Верховного Суда Российской Федерации Иваненко Ю.Г., объяснения представителей ГК «Забайкалмедстрах» и ТФОМС Забайкальского края, поддержавших доводы кассационной жалобы, представителя ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита», возразившего против доводов кассационной жалобы, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации

установила:

решением Арбитражного суда Забайкальского края от 27.05.2021, оставленным без изменения постановлением Четвертого арбитражного апелляционного суда от 29.09.2021 и постановлением Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 02.02.2022, иск удовлетворен частично, с ГК «Забайкалмедстрах» в пользу ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита» взыскано 5 750 613 руб. 95 коп. задолженности, 1 769 996 руб. 12 коп. неустойки, а также расходы по уплате государственной пошлины. В остальной части в удовлетворении иска отказано.

ГК «Забайкалмедстрах» обратилась с кассационной жалобой в Верховный Суд Российской Федерации, в которой просит об их отмене и принятии нового судебного акта об отказе в удовлетворении исковых требований в полном объеме.

Определением судьи Верховного Суда Российской Федерации Иваненко Ю.Г. от 08.07.2022 кассационная жалоба вместе с делом переданы для рассмотрения в судебном заседании Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации.

В отзыве на кассационную жалобу ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита» выражает несогласие с доводами ответчика и просит оставить без изменения обжалуемые судебные акты.

ТФОМС Забайкальского края в отзыве на кассационную жалобу просит обжалуемые судебные акты отменить и принять по делу новый судебный акт об отказе в удовлетворении исковых требований в полном объеме.

Изучив материалы дела, проверив в соответствии с положениями статьи 291¹⁴ Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации законность принятых судебных актов, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации полагает, что кассационная жалоба ГК «Забайкалмедстрах» подлежит удовлетворению, а обжалуемые судебные акты – отмене по следующим основаниям.

Как следует из судебных актов и материалов дела, ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита», имеющее право на осуществление медицинской деятельности и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и ГК «Забайкалмедстрах» заключили договор от 08.02.2017 № 43 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по условиям которого медицинская организация обязалась 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 обязательному медицинскому страхованию (пункт 4.1).

Впоследствии между сторонами подписаны дополнительные соглашения к названному договору от 09.02.2017, от 18.08.2017, от 16.11.2017, от 18.12.2017, от 16.01.2018.

Оплата оказанных услуг должна была производиться в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (пункт 4.1 договора).

За неоплату, неполную или несвоевременную оплату оказанной по договору медицинской помощи предусмотрена ответственность страховой медицинской организации в виде уплаты за счет собственных средств пени в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки (пункт 7.1 договора).

В 2017 г. по результатам медико-экономического контроля реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ряд счетов медицинской организации был отклонен в связи с предъявлением к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее также – Комиссия).

Отказ страховой медицинской организации в удовлетворении претензии об оплате услуг в полном объеме послужил основанием для предъявления иска в суд.

Удовлетворяя иск, суд первой инстанции, с решением которого согласились суды апелляционной и кассационной инстанций, исходил из того, что медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС), а оказание медицинской организацией медицинских услуг сверх объема, установленного решением Комиссии, не является обстоятельством, исключающим возможность получения данной организацией соответствующей оплаты за эти услуги.

С учетом установленного факта оказания истцом медицинской помощи в спорный период на сумму, предъявленную к взысканию, наличия у ответчика обязанности оплачивать медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС, того обстоятельства, что услуги истца входят в программу ОМС, а также отсутствия доказательств оказания услуг в меньшем объеме или ненадлежащего качества, суд пришел к выводу о наличии оснований для удовлетворения иска в части взыскания стоимости услуг в полном объеме.

Кроме того, признав, что размер суммы неустойки (пени) за нарушение ответчиком срока оплаты оказанных услуг определен истцом неверно, суд первой инстанции, с выводами которого согласились суды апелляционной и кассационной инстанций, произвел перерасчет и удовлетворил данное требование частично, не установив оснований для уменьшения неустойки.

Между тем с такими выводами судов первой, апелляционной и кассационной инстанций нельзя согласиться, так как они основаны на неверном толковании и применении норм материального права.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, регулирует Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС), который в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (статья 1).

Согласно части 1 статьи 12 приведенного закона страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. Данным законом определено, что созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере

обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации территориальные фонды, являющиеся некоммерческими организациями, осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС, а также осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС (части 1–3 статьи 13).

В соответствии со статьей 14 Закона об ОМС страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с данным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (часть 1); средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (часть 6).

В свою очередь, Закон об ОМС в редакции, действующей в спорный период (2017 г.), определял, что медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Такой договор заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, в установленном законом порядке (часть 5 статьи 15, часть 1 статьи 39).

Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными статьями 38 и 39 названного закона (статья 19).

По договору о финансовом обеспечении ОМС, который заключается с территориальным фондом, страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств (часть 1 статьи 14, часть 1 статьи 38 Закона об ОМС).

Согласно части 6 статьи 39 Закона об ОМС (здесь и далее в указанной

выше редакции) 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 ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

Применительно к спорному периоду такой порядок был установлен в Правилах обязательного медицинского страхования (далее – Правила ОМС), утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – Минздравсоцразвития России) от 28.02.2011 № 158н.

По пункту 123 Правил ОМС оплате за счет средств ОМС подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой.

Страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС представляет в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями (пункт 112 Правил ОМС).

Согласно пункту 2.17 договора о финансовом обеспечении ОМС, заключенному ГК «Забайкалмедстрах» с территориальным фондом по форме типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н, страховая медицинская организация обязана обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных Комиссией для страховой медицинской организации согласно приложению № 2 к договору, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям.

При этом оплата медицинской помощи сверх объемов, установленных Комиссией, для страховой медицинской организации является нецелевым расходованием средств ОМС, за которое в отношении страховой медицинской организации договором о финансовом обеспечении ОМС предусмотрены санкции в виде уменьшения финансирования на 100% суммы нецелевого использования средств и штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств (п. 16 приложения № 3 к договору).

Исходя из смыслового содержания части 6 статьи 39 Закона об ОМС и

аналогичных положений, воспроизведенных в пункте 110 Правил ОМС, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, которая осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, за пределами объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, не предусмотрена.

Законность пунктов 110, 123 Правил ОМС, не предусматривающих получение оплаты за медицинскую помощь, оказанную с превышением объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, подтверждена решением Верховного Суда Российской Федерации от 11.03.2019 № АКПИ19-49.

Разрешая спор, суды не учли, что отношения между медицинской организацией и страховой медицинской организацией носят договорный характер, а Закон об ОМС и принятые во исполнение его требования Правила ОМС, детализирующие порядок оплаты медицинской помощи по ОМС, не наделяют страховые медицинские организации полномочиями по корректировке (пересмотру) объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии для конкретной медицинской организации, а также не обязывают страховые медицинские организации осуществлять оплату счетов за оказанную за пределами таких объемов медицинскую помощь.

В свою очередь, названные нормативные правовые акты не наделяют медицинские организации правом на изменение обозначенных условий договора в одностороннем порядке.

Согласно подпункту 2 пункта 4, пунктам 5, 8 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение № 1 к Правилам ОМС) распределение и корректировка объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями осуществляются Комиссией.

В силу пункта 15 приведенного положения решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.

Определяя права и обязанности субъектов спорного правоотношения, суды должны были учитывать и иные нормы, действующие в системе правового регулирования ОМС в соответствующий период.

Законом об ОМС предусмотрен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой

ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, который проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом (часть 1 статьи 40).

На основании пункта 10 части 2 статьи 38, пункта 2 части 3 статьи 39 Закона об ОМС осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в спорный период относилось к обязанности страховой медицинской организации.

По Закону об ОМС такой контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (часть 2 статьи 40); при этом медико-экономический контроль представляет собой установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи (часть 3 статьи 40).

Согласно пункту 127 Правил ОМС с учетом представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом Федерального фонда от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок организации и проведения контроля).

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по ОМС в целях в том числе проверки соответствия оказанной медицинской помощи территориальной программе ОМС, условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, а также установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, подлежащих оплате за счет средств ОМС (подпункты 3, 5 пункта 9 Порядка организации и проведения контроля).

Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля (приложение 1 к Порядку) с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах

медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи (пункт 10 Порядка организации и проведения контроля).

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Закона об ОМС по результатам медико-экономического контроля, оформленного соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом, применяются меры, предусмотренные статьей 41 данного закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС.

Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются согласно подпункту «а» пункта 66 Порядка организации и проведения контроля неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи.

Судами установлено, что предмет спора связан со взысканием медицинской организацией со страховой медицинской организации стоимости медицинской помощи, предъявленной истцом в 2017 г. к оплате по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с превышением объёмов, распределённых Комиссией.

Как следует из содержания обжалуемых судебных актов, размер исковых требований (5 720 613 руб. 95 коп.) состоит из стоимости медицинской помощи, предъявленной сверх объёмов предоставления медицинской помощи за период с января по сентябрь 2017 г., уменьшенной на сумму, выделенную истцу дополнительно Комиссией в связи с корректировкой объёмов, о чём были заключены дополнительные соглашения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (октябрь – ноябрь 2017 г.), и стоимости медицинской помощи, предъявленной сверх объёмов за декабрь 2017 г.

ГК «Забайкалмедстрах» отказала в оплате медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля согласно пункту 5.3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи – приложение 8 к Порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований) в связи с предъявлением к оплате медицинской помощи сверх распределённого объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Названное основание для отказа в оплате медицинской помощи, которое в системе правового регулирования ОМС было сохранено и в дальнейшем в Порядке организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденном приказом Федерального фонда от 28.02.2019 № 36, являлось предметом проверки Верховного Суда Российской

Федерации в порядке нормоконтроля. Решением от 11.11.2019 № АКПИ19-729, оставленным без изменения апелляционным определением Апелляционной коллегии Верховного Суда Российской Федерации от 20.02.2020 № АПЛ19-569, такое нормативное правовое положение признано соответствующим нормативным правовым актам, имеющим большую юридическую силу, в том числе закрепленным в Законе об ОМС принципам обязательного медицинского страхования.

В апелляционном определении указано, в частности, на то, что объем предоставления медицинской помощи является условием договора и не может быть изменен в одностороннем порядке; 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.

Кроме того, определяя права и обязанности сторон по настоящему делу, суды должны были учитывать, что законодательством предусмотрены необходимые правовые инструменты для взаимодействия участников программы ОМС – сторон соответствующего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и для обоснованной корректировки распределенного Комиссией объема медицинской помощи.

Так, пункт 128 Правил ОМС предусматривал, что при наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

Согласно статье 42 Закона об ОМС (в редакции 2017 г.) при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд (часть 1); территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (часть 3); при несогласии медицинской

организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке (часть 5).

Поскольку принятие решений по распределению объемов предоставления медицинской помощи, их оперативной корректировке, распределению финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями относится к полномочиям Комиссии, ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита» вправе было своевременно обжаловать имевшие место отказы Комиссии в выделении дополнительных объёмов медицинской помощи и финансового обеспечения.

Из судебных актов следует, что подобный механизм истец не использовал, решения Комиссии не обжаловал, условия действующего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС от 08.02.2017 № 43 в установленном порядке не пересматривались и не изменялись применительно к спорному превышению объема медицинской помощи по территориальной программе ОМС и в отличие от иных случаев скорректированных объемов в 2017 г.

При этом нарушений условий обозначенного договора, Правил ОМС или Порядка организации и проведения контроля со стороны страховой медицинской организации, которые указывали бы на незаконность отказа в оплате медицинской помощи по пункту 5.3.2 Перечня оснований с учетом приведенного выше смыслового и системного толкования подлежащих применению по делу норм права, судами не установлено.

Ошибочно считая, что предъявление к оплате реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, виды которой входят в территориальную программу ОМС, являются достаточным основанием для возложения на страховую медицинскую организацию обязанности её оплатить, суды не применили нормы права в их правильном истолковании и оставили без внимания также то, что факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, согласно абзацу 9 пункта 67 Порядка организации и проведения контроля, подтверждается первичной медицинской документацией, которая истцом не предъявлялась ни страховой медицинской организации, ни суду.

Кроме этого, подход, согласно которому была бы допустима оплата любой фактически оказанной медицинской организацией медицинской помощи, по страховым случаям, виду и условиям формально соответствующей территориальной программе ОМС, только на основании предъявленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, не соответствует Закону об ОМС и принятым на его основе названным выше нормативным

правовым актам, решениям Комиссии, договорам о финансовом обеспечении ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Таким образом, правовых оснований для удовлетворения требований ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита» к ГК «Забайкалмедстрах» о взыскании 5 750 613 руб. 95 коп. задолженности по договору от 08.02.2017 № 43 на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС не имелось.

В свою очередь, поскольку подобные требования истца не основаны на законе и условиях договора, а неоплата указанной суммы медицинской помощи, предъявленной сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, не связана с нарушением страховой медицинской организацией условий договора, у судов отсутствовали основания и для взыскания неустойки, определенной договором.

С учетом изложенных обстоятельств Судебная коллегия Верховного Суда Российской Федерации считает, что обжалуемые судебные акты подлежат отмене на основании части 1 статьи 291¹¹ Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации с принятием нового решения об отказе в удовлетворении заявленных требований.

Руководствуясь статьями 167, 176, 291¹¹–291¹⁵ Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации

определила:

решение Арбитражного суда Забайкальского края от 27.05.2021, постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 29.09.2021 и постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 02.02.2022 по делу № А78-4102/2020 отменить.

В удовлетворении заявленных требований частному учреждению здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Чита» отказать.

Председательствующий судья

Ю.Г. Иваненко

Судья

М.К. Антонова

Судья

Д.В. Тютин