

РЕШЕНИЕ

по делу № 101-07/15 о нарушении антимонопольного законодательства

г. Челябинск, пр. Ленина, 59

Резолютивная часть решения оглашена «13» сентября 2016 года.

В полном объеме решение изготовлено «27» сентября 2016 года.

Комиссия Управления Федеральной антимонопольной службы по Челябинской области (далее – Челябинское УФАС России) по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства (далее – Комиссия) в составе:

Председателя

Комиссии:	<...>	- заместителя руководителя Челябинского УФАС России;
Членов Комиссии:	<...>	начальника отдела контроля торгов и органов власти Челябинского УФАС - России;
	<...>	главного специалиста-эксперта отдела контроля торгов и органов власти - Челябинского УФАС России,

рассмотрев дело по признакам нарушения Министерством здравоохранения Челябинской области (ул. Кирова, 165, г. Челябинск, 454000; далее - Министерство), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Челябинской области (ул. Труда, 156, г. Челябинск, 454080; далее - Фонд) пункта 8 части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (далее - Закон о защите конкуренции),

УСТАНОВИЛА:

В Челябинское УФАС России поступило заявление ООО Медицинский центр «ЛОТОС» (далее – ООО МЦ «ЛОТОС») по вопросу соответствия Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области № 14-ОМС от 27.01.2015 (далее – Соглашение № 14-ОМС) и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной Постановлением Правительства Челябинской области от 24.12.2014 № 735-П (далее – Территориальная программа), антимонопольному законодательству.

В обращении Заявитель указывает следующее. Соглашением № 14-ОМС на одну медицинскую услугу установлены различные тарифы для медицинских организаций муниципальной, государственной форм собственности и частных медицинских организаций.

ООО МЦ «ЛОТОС» отнесено ко второму уровню медицинской помощи, предусматривающему оказание преимущественно специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной), при условии, что данная медицинская организация оказывает в том числе высокотехнологичную помощь, что соответствует третьему уровню медицинской помощи

В 2015 году ООО МЦ «ЛОТОС» было выделено 35,1 % от запрошенного объема предоставления медицинской помощи.

Порядок оплаты медицинской помощи, тарифы на медицинские услуги, объемы муниципального задания на 2015 год определены только в декабре 2014 года - январе 2015 года при условии, что медицинские организации принимают решение об участии в реализации территориальной программы в сфере обязательного медицинского страхования до 1 сентября 2014 года, а в данный период отсутствовала информация об условиях осуществления ими деятельности в 2015 году, то есть в периоде, в котором организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В 2015 году в тариф, рассчитанный на основе подушевого финансирования населения, включены все виды параклинических исследований без учета затрат на их проведение.

В тарифах в сфере обязательного медицинского страхования отсутствует инвестиционная составляющая, в том числе расходы на амортизацию оборудования, покупку дорогостоящего оборудования.

При утверждении тарифа на амбулаторно-поликлиническую помощь на 2015 год, согласно доводам Заявителя, не исследовался вопрос о том, покрываются ли утвержденным для медицинской организации тарифом расходы на содержание медицинского персонала, лекарственное обеспечение, специализированную медицинскую одежду, топливные расходы, выполнение параклинических исследований.

Заявитель полагает, что установленные на 2015 год тарифы не мотивируют медицинские организации оказывать эндохирургическую помощь, поскольку установленный тариф на оказание данной услуги ниже себестоимости.

Челябинским УФАС России в действиях Министерства по установлению в Соглашении № 14-ОМС временных поправочных коэффициентов для медицинских организаций, на основании которых осуществляется расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования, отнесению ООО МЦ «ЛОТОС» ко второму уровню оказания медицинской помощи, которые могут привести к созданию дискриминационных условий осуществления деятельности медицинским организациям на рынке оказания медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, установлены признаки нарушения пункта 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, в связи с чем возбуждено производство по настоящему делу.

Фондом представлены письменные пояснения, и представителями на заседании Комиссии пояснено следующее.

Соглашение № 14-ОМС соответствует требованиям действующего на момент его подписания законодательства. ООО МЦ «ЛОТОС» не были созданы какие-либо препятствия при осуществлении предпринимательской деятельности, более того, оплата амбулаторно – поликлинической медицинской помощи обществу осуществлялась по среднегодовому тарифу выше, чем у отдельных медицинских организаций государственной формы собственности.

На основании изложенного, Фонд полагает, что в рассматриваемых Комиссией действиях отсутствуют нарушения части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Министерством представлены письменные пояснения, и представителями на заседании Комиссии пояснено, что Соглашение № 14-ОМС не противоречит требованиям действующего законодательства, в связи с чем в рассматриваемых Комиссией действиях отсутствуют нарушения части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Рассмотрев материалы дела, выслушав представителей лиц, участвующих в деле, изучив письменные пояснения, Комиссия пришла к следующим выводам.

1. Согласно пункту 1 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ) тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Пунктом 2 названной статьи установлено, что тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом.

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила).

Разделом XI Правил определена методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно пункту 155 Правил расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи в том числе на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой (пункт 167 Правил).

В соответствии с пунктом 168 Правил расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется **с учетом коэффициентов половозрастных затрат** на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации **и иных, разработанных в субъекте Российской Федерации на основе показателей здоровья населения**. Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

Приказом ФФОМС от 18.11.2014 № 200 установлены Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения (далее – Требования).

В соответствии с пунктом 4 Требований при установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте Российской Федерации допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с [пунктом 3](#) настоящих требований, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев:

- вида медицинской помощи,
- среднего радиуса территории обслуживания,
- количества фельдшерско-акушерских пунктов,
- уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи,
- достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских

работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

Между Министерством здравоохранения Челябинской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Челябинской области, Челябинской областной организацией профсоюза работников в сфере здравоохранения Российской Федерации, страховыми медицинскими организациями и профессиональными медицинскими ассоциациями заключено Соглашение № 14-ОМС.

Соглашением № 14-ОМС определено, что тарифы на основе подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинических медицинских организаций рассчитываются исходя из тарифа на основе среднечеловекового норматива финансирования медицинских организаций с учетом коэффициента половозрастных затрат и временного поправочного коэффициента, определенных для конкретных медицинских организаций.

Согласно статье 2 главы 1 раздела III Соглашения № 14-ОМС определен порядок расчета тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области.

В соответствии с пунктом 3 статьи 2 главы 1 раздела III Соглашения № 14-ОМС временные поправочные коэффициенты установлены приложением 12/3 к тарифному соглашению для медицинских организаций:

- не имеющих в своем составе профильных коек в круглосуточном стационаре за счет средств ОМС – 1,1;
- поликлиник в составе больниц – 1,0;
- медицинских организаций, подведомственных ФМБА, учитывая особенность районного коэффициента для закрытых территорий – 1,15;
- детских больниц, детских поликлиник – 1,3;
- центральных районных больниц при наличии фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов):
 - от 10 до 30 - коэффициент в размере 1,1;
 - более 30 - коэффициент в размере 1,15;
- имеющих в своем составе КДЦ, организованные на базе ГБУЗ «Областная клиническая больница № 4», МБУЗ «Городская больница № 4», АНО «Центральная медико-санитарная часть», коэффициент учитывает затраты на проведение лабораторных исследований, оказанных в КДЦ, и установлен в размере – 1,3.

Вместе с тем, указанные коэффициенты не соотносятся с критериями, определенными пунктом 4 Требований. При этом иные критерии, не соответствующие пункту 4 Требований, не могут быть применены при расчете тарифов на оплату медицинской помощи.

В Тарифном соглашении № 321-ОМС от 28.12.2015 в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее – Соглашение № 321-ОМС), заключенном на 2016 год, в пункте 3 статьи 2 главы 1 раздела III был применен такой же подход к установлению коэффициентов дифференциации подушевого норматива.

При этом, Минздрав России письмом № 11-9/10/2-7938, ФФОМС письмом № 8089/21-и от 24.12.2015 подготовлены Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации), которые подтверждают позицию антимонопольного органа по данному вопросу.

Так, согласно пункту 2.2 Методических рекомендаций на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, установленных [пунктом 4](#) Требований, в субъекте Российской Федерации рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций.

При этом используются следующие коэффициенты:

- половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;
- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) (при необходимости);
- коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации (при необходимости);
- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (при необходимости);
- коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при необходимости);
- районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с [пунктом 6](#) Требований).

Представленный перечень коэффициентов является исчерпывающим, использование иных коэффициентов, не предусмотренных Методическими рекомендациями, недопустимо. При этом в субъекте Российской Федерации

используются только те коэффициенты, которые отражают особенности данного субъекта.

Из указанного следует, что в субъекте Российской Федерации должны быть определены коэффициенты, в соответствии с предусмотренными [пунктом 4](#) Требований критериями. Установление таких коэффициентов с нарушением требований действующего законодательства может привести к неправильному расчету тарифа и к созданию дискриминационных условий осуществления деятельности на одном товарном рынке различными медицинскими организациями.

Вместе с тем, с 05.01.2016 вступили в силу изменения в статью 39.1 Закона о защите конкуренции, в соответствии с которыми в целях пресечения действий (бездействия), которые приводят или могут привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции и (или) ущемлению интересов других лиц (хозяйствующих субъектов) в сфере предпринимательской деятельности либо ущемлению интересов неопределенного круга потребителей, антимонопольный орган выдает хозяйствующему субъекту, федеральному органу исполнительной власти, органу государственной власти субъекта Российской Федерации, органу местного самоуправления, иным осуществляющим функции указанных органов органу или организации, организации, участвующей в предоставлении государственных или муниципальных услуг, государственному внебюджетному фонду предупреждение в письменной форме о прекращении действий (бездействия), об отмене или изменении актов, которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства, либо об устранении причин и условий, способствовавших возникновению такого нарушения, и о принятии мер по устранению последствий такого нарушения.

Предупреждение выдается указанным лицам в том числе в случае выявления признаков нарушения статьи 15 Закона о защите конкуренции. Принятие антимонопольным органом решения о возбуждении дела о нарушении статьи 15 Закона о защите конкуренции без вынесения предупреждения и до завершения срока его выполнения не допускается (часть 2 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции).

Согласно письму Федеральной антимонопольной службы исх. № ИА/74666/15 от 24.12.2015 в связи с вступлением в силу с 5 января 2016 года Федерального закона от 05.10.2015 № 275-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О защите конкуренции» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее - Закон № 275-ФЗ) при рассмотрении дел о нарушении антимонопольного законодательства, возбужденным до вступления в силу указанного закона по признакам нарушений, предусматривающих с 05.01.2016 года обязательность выдачи предупреждения, и не оконченным до вступления в силу указанных изменений, антимонопольным органам после вступления в силу изменений в Закон о защите конкуренции следует в порядке, предусмотренном частью 3 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции, принимать решения о необходимости отложения рассмотрения дел о нарушении антимонопольного законодательства и выдаче предупреждения.

В случае исполнения предупреждения дело о нарушении антимонопольного законодательства подлежит прекращению на основании части 7 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции. В случае не исполнения предупреждения дело о нарушении антимонопольного законодательства подлежит дальнейшему

рассмотрению.

Согласно главе 3 раздела V Соглашения № 321-ОМС со дня вступления его в силу и вступления в силу Соглашения № 14-ОМС и все дополнительные соглашения к нему утрачивают в силу.

В связи с этим не представляется возможным выдать Министерству, Фонду предупреждение о прекращении действий, которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства в отношении Соглашения № 14-ОМС.

Вместе с тем, в связи с наличием в действиях Министерства, Фонда, выразившихся в установлении в пункте 3 статьи 2 главы 1 раздела III Соглашения № 321-ОМС, которое является действующим на момент рассмотрения настоящего дела, коэффициентов дифференциации подушевого норматива в зависимости от групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений, определенных не в соответствии с пунктом 168 Правил, пунктом 4 Требований, которые могут привести к созданию дискриминационных условий осуществления деятельности медицинским организациям на рынке оказания медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, признаков нарушения части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, Челябинским УФАС России на основании статьи 39.1 Закона о защите конкуренции выдано предупреждение № 24-07/16 Министерству, Фонду о необходимости прекращения указанных действий путем инициирования вопроса о внесении изменений в Соглашение № 321-ОМС в части приведения коэффициентов дифференциации подушевого норматива в соответствие с критериями, предусмотренными пунктом 4 Требований, а также с учетом пункта 2.2 Методических рекомендаций, и внесения соответствующих изменений в Соглашение № 321-ОМС.

Письмом от 01.09.2016 № 01-1710 Фонд уведомил Челябинское УФАС России об исполнении предупреждения № 24-07/16, приложив выписку из протокола заседания комиссии от 16.08.2016 № 9 и копию дополнительного соглашения № 7/321-ОМС от 16.08.2016 к Соглашению № 321-ОМС.

В соответствии с дополнительным соглашением № 7/321-ОМС от 16.08.2016 к Соглашению № 321-ОМС при расчете тарифа на основе подушевого норматива финансирования применены следующие коэффициенты:

- половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;
- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) (при необходимости);
- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (при необходимости).

Возможность применения указанных коэффициентов предусмотрена требованиями пункта 168 Правил, пункта 4 Требований, в связи с чем Министерством, Фондом исполнено предупреждение № 24-07/16.

Вместе с тем, содержание указанных критериев, а также шкала оценки

медицинских организаций по таким критериям может не соответствовать их наименованию и содержанию Требований. Вместе с тем, представителем заявителя указано на отсутствие нарушений при установлении указанных критериев. Комиссия также не располагает документами, свидетельствующими о том, что применение рассматриваемых коэффициентов может привести к недопущению, устранению, ограничению конкуренции на рынке оказания медицинских услуг.

2. В соответствии с Соглашением № 14-ОМС тарифы на оплату медицинской помощи применяются медицинскими организациями в соответствии с распределением по уровням оказания медицинской помощи. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации Территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы, предусмотрено формирование трехуровневой системы организации медицинской помощи гражданам:

- первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

- второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

- третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

Соглашением № 14-ОМС ООО МЦ «ЛОТОС» отнесено ко второму уровню медицинской помощи, предусматривающему оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах.

ООО МЦ «ЛОТОС» представлена лицензия от 26.12.2014 на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), что соответствует третьему уровню медицинской помощи (оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях).

Вместе с тем, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год, Территориальной программой, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной

медицинской помощи, указанным в разделе I такого перечня, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов, который не включает в себя использование вспомогательных репродуктивных технологий по профилю акушерство и гинекология.

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными Минздравом России от 15.12.2014 N 11-9/10/2-9454, оказание медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется в условиях дневного стационара и не является высокотехнологичной медицинской помощью.

На основании изложенного, антимонопольным органом в ходе рассмотрения дела не установлено наличие нарушения антимонопольного законодательства при отнесении Соглашением № 14-ОМС ООО МЦ «ЛОТОС» ко второму уровню медицинской помощи.

Руководствуясь статьей 23, частью 1 статьи 39, статьей 39.1, частями 1-4 статьи 41, статьей 48, частью 1 статьи 49, статьей 50 Закона о защите конкуренции, Комиссия

РЕШИЛА:

Прекратить рассмотрение дела № 101-07/15, возбужденного по признакам нарушения Министерством и Фондом части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.