

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ № 10/05-20

о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства

«15» мая 2020 г.

г. Киров

В Управление Федеральной антимонопольной службы по Кировской области поступило обращение МЧУ ДПО «Нефросовет» по вопросу наличия признаков нарушения антимонопольного законодательства в действия Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области.

Заявитель указывает, что бездействие комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области в перераспределении выделенных Обществу объемов медицинской помощи на бесплатное оказание населению Кировской области медицинской помощи на 2020 год, оказываемой в амбулаторных условиях, а также в условиях дневного стационара является необоснованным.

В ходе проверки Кировским УФАС России были обнаружены признаки нарушения антимонопольного законодательства, которые выразились в следующем.

Постановлением Правительства Кировской области от 28.12.2019 № 732-П утверждена Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов (далее - Территориальная программа).

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, в том числе Территориальной программы обязательного медицинского страхования, определен в приложении № 2 к Территориальной программе.

Согласно названному приложению МЧУ ДПО «Нефросовет» (пункт 74, уровень медицинской организации 2) включено в число участников Территориальной программы с отметкой об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

30.12.2019 г. решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области № 20/12 утверждено распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями на 2020 год.

В соответствии с Приложением № 2 к решению Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 30.12.2019 № 20/12 МЧУ ДПО «Нефросовет» выделен объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара на 2020

год, в размере «0».

Согласно Приложению № 3 к решению Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 30.12.2019 № 20/12 МЧУ ДПО «Нефросовет» выделен объем медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2020 год, в размере «100».

МЧУ ДПО «Нефросовет» направило в Комиссию сопроводительное письмо от 07.02.2020 г. № 02/НС с приложением заявок на внесение изменений в плановые годовые объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях дневного стационара от 07.02.2020 № 23.

06.03.2020 г. в ответ на указанное письмо Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области в адрес МЧУ ДПО «Нефросовет» направлена выписка из протокола заседания от 27.02.2020 г. из которой следует, что в целях установления объективной потребности выделения объемов медицинской помощи Комиссией принято решение направить главному внештатному специалисту – неврологу министерства здравоохранения Кировской области выписку из данного протокола с приложением к ней заявок Учреждения от 07.02.2020 № 23 для представления последним заключения.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон № 326-ФЗ).

Обязательное медицинское страхование как вид обязательного социального страхования представляет 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 (пункт 1 статьи 3 Закона № 326-ФЗ).

Статьей 9 Закона № 326-ФЗ определены, в том числе участники обязательного медицинского страхования, которыми являются: территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (часть 1 статьи 15 Закона № 326-ФЗ).

Согласно части 2 статьи 15 Закона № 326-ФЗ медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена

осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети Интернет.

Согласно п. 1, 2, 3 ч. 2 ст. 20 Закона № 326-ФЗ, медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования, предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В этой связи медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пункт 1 части 1 статьи 20 Закона № 326-ФЗ).

Согласно ч. 1 ст. 36 Закона № 326-ФЗ территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

В соответствии с ч. 2 ст. 36 Закона № 326-ФЗ территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

В силу части 9 статьи 36 Закона № 326-ФЗ для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия в состав которой входят, в том числе представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского

страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Согласно части 10 статьи 36 Закона № 326-ФЗ объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии 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.

Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н, предусмотрена обязанность медицинской организации, являющейся стороной соответствующего договора, при необходимости в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направлять в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи (пункт 5.16.1).

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее - Правила ОМС), приложением 1 к которым является Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее - Положение о комиссии).

На основании п.138 Правил ОМС страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, их права выбора медицинской организации и врача, с учетом условий, указанных в п. 139 Правил ОМС.

В силу подпункта 3 пункта 4 Положения о комиссии Комиссия распределяет на отчетный год с поквартальной разбивкой и корректирует в течение года объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, до 1 января года,

на который осуществляется распределение.

Пункт 12 Положения о комиссии предусматривает, что при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе, в том числе для оперативной корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При последующей оперативной корректировке объема предоставления медицинской помощи Комиссия, руководствуясь Правилами ОМС, обязана учитывать обстоятельства, перечисленные в подпунктах 1 - 10 пункта 139.

Кроме того, согласно п. 151 Правил ОМС медицинская организация и страховая медицинская организация ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовых средств и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными медицинской организации и страховой медицинской организации на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организации решением Комиссии на квартал, медицинская организация до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Таким образом, взаимосвязанные положения изложенных норм не препятствуют медицинской организации как участнику обязательного медицинского страхования при необходимости подать заявку в Комиссию на перераспределение (корректировку) объемов предоставления медицинской помощи. Корреспондирующей указанному праву является обязанность Комиссии принять по такой заявке соответствующее решение. Принимая решение по заявке о распределении (корректировке) объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, Комиссия обязана привести обоснование соответствующего решения. Положение о комиссии не допускает произвольного решения Комиссии, не обеспечивающего право заинтересованного лица на получение информации о фактических и юридических основаниях его принятия.

МЧУ ДПО «Нефросовет», воспользовавшись предоставленной Правилами обязательного медицинского страхования возможностью корректировки годовых объемов медицинской помощи, направило в Комиссию сопроводительное письмо от 07.02.2020 г. № 02/НС с приложением заявок на внесение изменений в плановые годовые объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях дневного стационара от 07.02.2020 № 23.

Заявки от 07.02.2020 № 23, в которых указывалось на необходимость увеличения плановых объемов медицинской помощи по нефрологическому профилю в амбулаторных условиях, выделения плановых объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2020 год, не были рассмотрены Комиссией по существу. Сведений о том, что после устранения обстоятельств, послуживших

основанием для принятия промежуточных решений, Комиссия рассмотрела обращения Учреждения и приняла по ним соответствующие мотивированные итоговые решения, в материалах не содержится.

Вместе с тем такая корректировка затрагивает, как интересы застрахованных лиц, так и интересы хозяйствующих субъектов (медицинских организаций, страховых медицинских организаций), что обуславливает потребность в оперативном рассмотрении таких вопросов.

В соответствии с ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (далее – Закон о защите конкуренции) органам государственной власти субъектов Российской Федерации, иным осуществляющим функции указанных органов органам запрещается принимать акты и (или) осуществлять действия (бездействие), которые приводят или могут привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции, за исключением предусмотренных федеральными законами случаев принятия актов и (или) осуществления таких действий (бездействия).

Для признания оспариваемых актов либо действий (бездействий) органов власти нарушающими часть 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции необходимо установить, что такие акты либо действия (бездействие) привели или могли привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции и что они не основаны на законе.

При этом для квалификации действий (бездействий) по части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции не требуется доказывания наступления неблагоприятных последствий, достаточно угрозы их наступления. Кроме того, из указанной нормы не вытекает обязанность антимонопольного органа устанавливать конкретные факты ущемления прав хозяйствующих субъектов, так как действия (бездействие) властного органа могут признаваться нарушающими запрет части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции и в том случае, если они могут привести к последствиям, указанным в данной норме.

В постановлении Президиума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 05.04.2011 № 14686/10 указано, что достаточным основанием для вывода о нарушении ч. 1 ст. 15 Закона о защите конкуренции является создание условий, возможности для наступления последствий в виде недопущения, ограничения либо устранения конкуренции.

Материалами подтверждается, что заявка МЧУ ДПО «Нефросовет» от 07.02.2020 №23 на внесение изменений в плановые объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях дневного стационара не была рассмотрена Комиссией с принятием конкретного решения, как об удовлетворении требований учреждения, так и об отказе в их удовлетворении.

Принимая во внимание наличие у заявителя права обратиться с указанной заявкой, а у комиссии - обязанности ее рассмотреть Кировским УФАС России усматриваются признаки нарушения ч. 1 ст. 15 Закон о защите конкуренции, выразившегося в бездействии Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области по принятию мотивированного решения по результатам рассмотрения заявки МЧУ ДПО «Нефросовет» на внесение изменений в плановые объемы медицинской

помощи, что приводит или может привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции.

Позиция антимонопольного органа подтверждается выводами, содержащимися в Постановлении Второго арбитражного апелляционного суда от 12.05.2020 по делу № А28-11745/2019, Постановлении Второго арбитражного апелляционного суда от 30.01.2020 по делу № А28-4132/2019.

В соответствии с п. 10 Положения о комиссии персональный состав Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Постановлением Правительства Кировской области от 13.02.2012 № 139/67 «О создании комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области» (в редакции постановления Правительства Кировской области от 06.08.2019 № 428-П) утвержден состав Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области.

Комиссия по разработке территориальной программы является субъектом ответственности по части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, поскольку учреждена в силу прямого указания Федерального закона органом государственной власти субъекта Российской Федерации и наделена таким Федеральным законом и принятыми в его исполнение подзаконными нормативными правовыми актами функциями органов власти, в частности по принятию решений, обязательных к исполнению хозяйствующими субъектами, в том числе путем распределения объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

В силу того, что Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области самостоятельным юридическим лицом не является, ответственность за её действия несет Правительство Кировской области, чьим постановлением утвержден состав такой комиссии.

Поскольку действующим законодательством предусмотрена возможность медицинской организации как участнику обязательного медицинского страхования при необходимости подать заявку в Комиссию на перераспределение (корректировку) объемов предоставления медицинской помощи, Кировское УФАС России приходит к выводу о необходимости прекращения Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области, а также Правительством Кировской области, как органом, утвердившим состав Комиссии, бездействия путем повторного рассмотрения заявок МЧУ ДПО «Нефросовет» от 07.02.2020 № 23 с принятием мотивированного решения.

В соответствии со ст. 39.1 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» в случаях выявления в действиях органа власти признаков нарушения ст. 15 Закона о защите конкуренции возбуждение дела о нарушении антимонопольного законодательства не допускается без вынесения

предупреждения и до завершения срока его выполнения.

С учетом изложенного, и на основании ст. 39.1 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции», Кировское УФАС России **предупреждает Правительство Кировской области, Комиссию по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области** о необходимости прекращения в срок до 19.06.2020 г. указанного бездействия, а именно:

-принять меры, направленные на повторное рассмотрение заявок МЧУ ДПО «Нефросовет» от 07.02.2020 № 23 с принятием мотивированного решения.

Антимонопольный орган должен быть уведомлен о выполнении предупреждения в течение трех дней со дня окончания срока, установленного для его выполнения (часть 6 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции).

При условии выполнения предупреждения дело о нарушении антимонопольного законодательства не возбуждается и лицо, выполнившее предупреждение, не подлежит административной ответственности за нарушение антимонопольного законодательства в связи с его устранением (часть 7 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции).

В случае невыполнения предупреждения в установленный срок при наличии признаков нарушения антимонопольного законодательства антимонопольный орган обязан принять решение о возбуждении дела о нарушении антимонопольного законодательства в срок, не превышающий десяти рабочих дней со дня истечения срока, установленного для выполнения предупреждения (часть 8 статьи 39.1 Закона о защите конкуренции).