В действиях Комиссии по разработке территориальной программы по ОМС в Удмуртской Республике, выразившихся в создании дискриминационных условий медицинским организациям, действующими на рынке оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС по высокопоточному интермиттирующему гемодиализу при распределении обьемов оказания медицинской помощи содержатся признаки нарушения пункта 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

В Управление Федеральной антимонопольной службы по Удмуртской Республике поступило заявление ООО «Диализный центр Нефрос – Удмуртия» (вх.№1813 от 15.03.2018 года) на неправомерные действия Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в УР и Правительства УР по распределению объёмов оказания медицинской помощи по услугам высокопоточного интермиттирующего гемодиализа.

По результатам рассмотрения заявления установлено следующее.

ООО «ДЦ Нефрос – Удмуртия» включено в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе ОМС в УР в 2018 году.

В период 2017 года Общество в рамках программы ОМС оказывало услуги высокопоточного интермиттирующего гемодиализа в рамках дневного стационара с лекарственным обеспечением пациентов по КСГ, что соответствует видам деятельности полученной Обществом лицензии.

Решением Комиссии по разработке программы ОМС в УР (протокол №10 от 13.12.2017 года) обьемы лечения для ООО «ДЦ Нефрос – Удмуртия» на 2018 год были выделены в рамках амбулаторной помощи, а не в рамках стационарозамещающей помощи, как в 2017 году.

Из пояснений Заявителя следует, что указанные действия Комиссии в части выделения Обществу обьемов лечения с 2018 года в рамках амбулаторной медицинской помощи, а не в рамках стационарозамещающей, как в 2017 году, приводит к недополучению в полном обьеме компенсации Общества за лекарственное обеспечение пациентов по КСГ в отличие от других медицинских учреждений – БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», БУЗ УР «ГКБ№6 МЗ УР», ООО «МСР».

Так, например, в рамках дневного стационара (КСГ 43) медицинская организация получает за 1 пациента 99 896,39 рублей; а в рамках амбулатории (поликлиники) только за количество проведенных процедур диализа – 82 654 рублей.

Отношения в сфере ОМС регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан), Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» и иными нормативными правовыми актами.

Под территориальной программой ОМС в соответствии с частью 1 статьи 36

Закона об ОМС понимается составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, 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 ОМС в расчете на одно застрахованное лицо (часть 2 статьи 36 Закона об ОМС).

Территориальная программа ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи (часть 6 статьи 36 Закона об ОМС).

Для разработки проекта территориальной программы ОМС на основании части 9 статьи 36 Закона об ОМС в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС, в состав которой входят на паритетных началах представители:

– органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации,

– территориального фонда,

– страховых медицинских организаций,

– медицинских организаций,

– медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов),

– профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

Комиссия по разработке территориальной программы ОМС формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам ОМС.

Согласно части 10 статьи 36 Закона об ОМС объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии по разработке территориальной

программы ОМС 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.

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила ОМС), которые регулируют правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации Закона об ОМС, а также Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Положение о комиссии).

Персональный состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС на основании пункта 10 Положения о комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Председателем комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (пункт 11 Положения о комиссии).

Распоряжением Правительства Удмуртской Республики от 05.09.2011 г. № 726-р утвержден состав Комиссии Удмуртской Республики.

Поскольку Комиссия Удмуртской Республики учреждена в силу прямого указания Закона об ОМС органом государственной власти субъекта Российской Федерации и наделена Законом об ОМС 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, Комиссия Удмуртской Республики является органом, осуществляющим функции Правительства Удмуртской Республики в сфере ОМС. Правительство Удмуртской Республики как орган, утвердивший состав Комиссии Удмуртской Республики, а также Комиссия Удмуртской Республики несут ответственность за принимаемые решения, в том числе по вопросам распределения и перераспределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере ОМС.

В соответствии с пунктом 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции федеральным органам исполнительной власти, органам государственной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления, иным осуществляющим функции указанных органов органам или организациям, организациям, участвующим в предоставлении государственных или муниципальных услуг, а также государственным внебюджетным фондам, Центральному банку Российской Федерации 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), а в том числе созданию дискриминационных условий.

Таким образом, Правительство Удмуртской Республики и Комиссия Удмуртской

Республики являются субъектами ответственности по части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

В соответствии с пунктом 1 статьи 3 Закона об ОМС под обязательным медицинским страхованием понимается вид обязательного социального страхования, представляющий 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 ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Законом об ОМС случаях в пределах базовой программы ОМС.

Согласно части 1 статьи 15 Закона об ОМС к медицинским организациям в сфере ОМС относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы.

Частью 2 статьи 15 Закона об ОМС предусмотрено, что медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд ОМС до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС 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 ОМС, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».

Статьей 20 Закона об ОМС закреплено право медицинских организаций на получение средств за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных Законом об ОМС.

Таким образом, медицинская организация как участник ОМС участвует в реализации территориальной программы ОМС.

Согласно части 1 статьи 36 Закона об ОМС, территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации.

В соответствии с частью 2 статьи 36 Закона об ОМС, территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, 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 ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

На основании части 9 статьи 36 Закона об ОМС для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается 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 по разработке территориальной программы ОМС формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам ОМС.

В соответствии с частью 10 статьи 36 Закона об ОМС объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 Закона об ОМС, 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.

Таким образом, Законом об ОМС установлены общие критерии распределения объемов предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС.

В соответствии с пунктом 8 Положения о комиссии, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н, комиссия по разработке территориальной программы ОМС на заседаниях по представленным секретарем комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

Аналогичные критерии распределения объемов предоставления медицинской

помощи, в том числе такой критерий как фактическое (за предыдущий период) и расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту, установлены пунктом 5 письма Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Основными критериями, которые должны учитываться при распределении объемов предоставления медицинской помощи, являются следующие:

– данные о видах, профилях отделений (коек), врачебных специальностях;

– данные о половозрастном составе и численности застрахованных лиц;

– данные о потребности застрахованных лиц в медицинской помощи;

– данные о показателях потребления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

– данные о количестве прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Таким образом, объем медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обусловлен количеством обращений в медицинскую организацию, характером заболеваний и наличием иных факторов, объективно не зависящих от воли медицинской организации.

Из письменных пояснений Правительства Удмуртской Республики и Комиссии по разработке территориальной программы ОМС В Удмуртской Республике следует, что объёмы оказания медицинской помощи были распределены между медицинскими организациями с использованием критериев, установленных законодательством и следующих показателей:

- информация о численности застрахованного населения в муниципальных образованиях Удмуртской Республики;

- информация о численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям;

- информация о профилях медицинской помощи в разрезе медицинской организаций;

- информация о фактически оказанной медицинской помощи за предыдущие годы и расчетном потреблении медицинской помощи;

- схема маршрутизации пациентов по профилям медицинской помощи;

- наличие в составе медицинской организации межмуниципального центра для оказания помощи населению прикреплённых районов;

- участие структурных подразделений медицинской организации в графике экстренных дежурств по профилям медицинской помощи;

- сведения о мощности медицинской организации.

Также указано, что распределение обьемов осуществлялось согласно Порядку расчета обьемов распределения медицинской помощи между медицинскими организациями, принятому решением Комиссии от 07.06.2017 года.

Информация, представленная Правительством УР и Комиссией по разработке территориальной программы ОМС о фактических выделенных и выполненных обьемах медицинской помощи за период с 2016 года по 01.04.2018 года по профилю «Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный» в рамках амбулаторной и стационарозамещающей помощи приведена в таблицах №1,2.

Таблица №1 «Обьемы на оказание услуг по гемодиализу в рамках амбулаторной помощи»

№	Наименование медицинской организации	Год	Мощность медицинской организации	Установленное количество посещений		Фактически Выполненное количество посещений по застрахованным в УР
				На начало года	На конец года (2018 год: на 01.04.2018)	
	БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	-	-
		2018	-	2340	1766	225
	БУЗ УР «Медицинские сервисные решения»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	-	-
		2018	-	10088	10088	1384
	ООО «Нефроцентр»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	-	-
		2018	-	11206	11206	1512
	ООО «ДЦ Нефрос Удмуртия»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	-	-
		2018	-	1716	1716	475
	ООО	2016	-	-	-	-

5	ООО «Фрезениус Нефрокеа»					
		2017	-	-	-	-
		2018	-	624	1198	379
	Итого	2018	-	25974	25974	3975

Таблица№2 «Обьемы на оказание услуг по гемодиализу в рамках стационарозамещающей помощи»

№	Наименование медицинской организации	Год	Мощность медицинской организации	Установленное количество посещений		Фактически Выполненное количество посещений по застрахованным в УР
				На начало года	На конец года (2018 год: на 01.04.2018 года)	
	БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР»	2016	38	1466	1466	1212
		2017	38	1125	1155	1202
		2018	38	900	898	161
2	БУЗ УР «ГКБ№6 МЗ УР»	2016	20	702	702	602
		2017	20	539	511	546
		2018	20	192	191	26
3	БУЗ УР «Воткинская ГБ №1 МЗ УР»	2016	12	550	550	483
		2017	18	552	552	564
		2018	18	360	360	63
4	БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР»	2016	22	530	530	478
		2017	0	437	80	80
		2018	0	-	-	-

	БУЗ УР «Сарапульская ГБ МЗ УР»	2016	23	983	983	711
		2017	23	676	640	668
		2018	0	-	-	-
	БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР»	2016	6	546	546	431
		2017	14	386	386	417
		2018	14	504	504	78
	БУЗ УР «Медицинские сервисные решения»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	156	156
		2018	-	304	304	48
	ООО «Нефроцентр»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	270	270
		2018	-	338	338	72
	ООО «ДЦ Нефрос Удмуртия»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	36	36
		2018	-	-	1	1
0	ООО «Фрезениус Нефрокеа»	2016	-	-	-	-
		2017	-	-	22	22
		2018	-	-	2	1
	Итого	2016	-	4777	4777	3917
		2017		3715	3808	3961
		2018		2598	2598	450

Из вышеуказанных сведений следует, что в период 2016 – 2017 гг. услуги по гемодиализу оказывались только в стационарных условиях. На 2018 год объёмы оказания услуг по гемодиализу были выделены как в рамках стационарозамещающей помощи, так и в рамках амбулаторной помощи.

Согласно пояснениям Правительства Удмуртской Республики и Комиссии по разработке программы ОМС в УР изменения обусловлены переходом оказываемых услуг по гемодиализу в дневном стационаре к оказанию данных услуг в амбулаторных условиях.

Заявитель указывает, что оказание услуг по гемодиализу в амбулаторных условиях ставит его в неравное положение с медицинскими учреждениями, оказывающими услуги гемодиализа в рамках стационарозамещающей помощи.

Согласно п. 1 ч. 1 ст. 20 Закона об ОМС, медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных Законом об ОМС.

В соответствии с ч. 6 ст. 39 Закона об ОМС 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 ОМС, установленным правилами ОМС.

На основании ч. 1 ст. 30 Закона об ОМС 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 ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

Согласно тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2018 год (далее Тарифное соглашение) оплата медицинской помощи по услугам гемодиализа, оказанной в условиях стационара производится с учетом оплаты лекарственного обеспечения пациентов, включая случаи профилактики осложнений и фактически оказанных услуг (пункт 2.3.7 Тарифного соглашения).

В случае оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях оплата производится лишь за оказанное количество проведенных процедур, в связи с чем, оказание услуг по гемодиализу в условиях стационара является для медицинских учреждений наиболее выгодным по стоимости услуг.

Установлено, что в связи с переходом оказания услуг медицинской помощи по гемодиализу в рамках стационарозамещающей помощи, обьемы оказания услуг по данному профилю были сокращены 3 медицинским учреждениям. Так, в период 2017 года ООО «ДЦ Нефрос – Удмуртия» на 2017 год было выделено 36 квот на оказание услуг по гемодиализу, а на период 2018 года Обществу была выделена 1 квота; ООО «Фрезениус Нефрокеа» на 2017 год было выделено 22 квоты, а на период 2018 года выделено 2 квоты; БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР» на период 2017 года было выделено 1155, а на период 2018 года – 898 квот.

Вместе с тем, некоторым медицинским организация обьемы оказания медицинской помощи в рамках стационарозамещающей помощи были увеличены. Так, БУЗ УР «Медицинские сервисные решения» на 2017 год было выделено 156 квот на оказание услуг по гемодиализу, а на период 2018 года Учреждению было выделено 304 квоты; БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР» на 2017 год было выделено 386 квот, а на период 2018 года – 504 квоты; ООО «Нефроцентр» на 2017 год было

выделено – 270 квот, а на период 2018 года – 338 квот.

Из указанных сведений, не предоставляется возможным установить правомерность и обоснованность распределения объёмов оказания медицинской помощи по гемодиализу в том размере, в котором они закреплены за медицинскими учреждениями, а также обоснованность распределения медицинской помощи по ее видам (амбулаторная и стационарозамещающая).

В рамках рассмотрения заявления Комиссией и Правительством УР не представлены доказательства, указывающие на обоснованность распределения объёмов оказания медицинской помощи между медицинскими организациями с применением критериев, установленных действующим законодательством, в связи с чем, Удмуртское УФАС России приходит к выводу о том, что обьемы оказания медицинской помощи по высокопоточному интермиттирующему гемодиализу были распределены Комиссией в произвольном порядке.

Распределение объемов оказания медицинской помощи между медицинскими организациями должно осуществляться Комиссией Удмуртской Республики не произвольно, а в соответствии с законодательно закрепленными критериями, в связи с чем решение о выделении каждой медицинской организации конкретного объема медицинский помощи должно быть мотивировано не только принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, но и показателями, применимыми к конкретной медицинской организации.

Действия Комиссии по разработке территориальной программы по ОМС, выразившиеся в создании дискриминационных условий медицинским организациям, действующими на рынке оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС по высокопоточному интермиттирующему гемодиализу при распределении обьемов оказания медицинской помощи содержат признаки нарушения пункта 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

В соответствии с ч. 2 ст. 39.1 Федерального закона «О защите конкуренции», предупреждение выдается в случае выявления признаков нарушения ст. 15 Федерального закона «О защите конкуренции». Принятие антимонопольным органом решения о возбуждении дела о нарушении ст. 15 Федерального закона «О защите конкуренции» без вынесения предупреждения и до завершения срока его выполнения не допускается.

В соответствии с п. 3.4 Приказа ФАС России от 22.01.2016 №57/16 «Об утверждении Порядка выдачи предупреждения о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства", 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.

Принимая во внимание факт установления признаков нарушения

антимонопольного законодательства, Удмуртское УФАС России предупреждает Комиссию по разработке территориальной программы по ОМС в Удмуртской Республике о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства, путем осуществления действий, направленных на недискриминационное распределение обьемов оказания медицинской помощи между медицинскими учреждениями, осуществляющими деятельность на рынке оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС по высокопоточному интермиттирующему гемодиализу, а именно: перераспределить обьемы оказания медицинской помощи, выделенные на 2018 год, на недискриминационных условиях с применением критериев, закреплённых действующим законодательством, с приложением доказательств, подтверждающих обоснованность распределения обьемов оказания медицинской помощи по следующим видам – амбулаторная и стационарозамещающая.

Срок исполнения предупреждения определен в течении восьми дней со дня получения предупреждения.

О выполнении предупреждения сообщить в Удмуртское УФАС России в течение трех дней со дня окончания срока, установленного для его выполнения.

Руководитель <…>