

## РЕШЕНИЕ

Резолютивная часть решения оглашена 09 декабря 2015 г.

г. Новосибирск

Решение в полном объеме изготовлено 22 декабря 2015

Комиссия Управления Федеральной антимонопольной службы по Новосибирской области (Новосибирское УФАС России) по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства в составе:

Камнева Н.П. – заместитель руководителя управления, председатель Комиссии,

Долженкова Е.В. – начальник отдела контроля органов власти, член Комиссии,

Калинина О.Ю. – главный специалист-эксперт отдела контроля органов власти,

член комиссии

рассмотрев дело №36, возбужденное 01.07.2015 года по признакам нарушения Министерством здравоохранения Новосибирской области (630011, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новосибирской области (630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 80) части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции»,

в присутствии представителей заявителя Региональной Общественной Организации «Ассоциация Руководителей Организации Сибири» «...» (по доверенности от 03.11.2015 г.), «...» (по доверенности 03.11.2015), Территориального фонда обязательного медицинского страхования «...» (по доверенности №6-07 от 12.01.2015), Министерства здравоохранения Новосибирской области «...» (по доверенности от 02.06.2015), «...» (по доверенности от 04.09.2015)

### УСТАНОВИЛА:

01.04.2015 в Новосибирское УФАС России поступило обращение РОО «Армос» (вх. №2468э) о нарушении антимонопольного законодательства со стороны Министерства здравоохранения НСО. Заявитель сообщает следующее.

Региональная Общественная Организация «Ассоциация Руководителей Организации Сибири» (РОО «АРМОС») является профессиональной медицинской организацией, к уставным целям которой относится содействие реализации и защита прав и законных интересов медицинских организаций, в том числе, по вопросам взаимодействия с органами государственной власти, органами местного самоуправления, другими органами и организациями, осуществляющими публичные полномочия в сфере здравоохранения.

Согласно ст.15 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - Реестр медицинских организаций), в соответствии с данным Федеральным законом:

- организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам. в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Таким образом, для оказания гражданам медицинской помощи в системе ОМС медицинская организация должна быть включенной в вышеназванный Реестр, а также заключить договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию со страховыми медицинскими организациями (ст.39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании»). При этом она не вправе отказать застрахованным лицам в оказании такой медицинской помощи.

Однако в настоящее время в Новосибирской области более 30 медицинских организаций, включенных в соответствующий Реестр, не имеют возможности оказывать медицинскую помощь в системе ОМС и получать за нее оплату в надлежащем порядке, установленном Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании», Правилами обязательного медицинского страхования (утв. Приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 года №158н) и договорами со страховыми медицинскими организациями. Причиной этому является издание 02.02.2015 года министерством здравоохранения Новосибирской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новосибирской области совместного приказа № 248/1/20 «О государственном задании на 2015 год», которым для них государственного задания в системе ОМС не установлено.

Заявитель считает указанный приказ нарушающим антимонопольное законодательство.

Согласно данному приказу государственное задание в системе ОМС на 2015 год установлено не для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС в соответствии с Приложением к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее - Территориальная программа) и Реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Новосибирской области в 2015 году.

Более 30 медицинских организаций оказались фактически исключенными из реализации программы обязательного медицинского страхования в Новосибирской области (наименования организаций выделены в Приложении 2 к настоящему обращению). Практически все они участвовали в оказании медицинской помощи в системе ОМС в Новосибирской области в 2012-2014 годах.

Указанными организациями в установленном порядке в конце 2014 года были поданы предложения (заявки) по объемам медицинской помощи, которую они могут оказать в системе ОМС в 2015 году, а также фактически оказывается в этом году медицинская помощь в системе ОМС обратившимся застрахованным лицам. Несмотря на это страховые медицинские организации, с которыми у них заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС, отказываются произвести оплату такой помощи,

ссылаясь на то, что объемы медицинской помощи (госзадание) в системе ОМС для этих организаций на 2015 год не установлены.

Согласно п.2.4 Тарифного соглашения в системе ОМС в Новосибирской области от 10.02.2014 года оплата медицинской помощи сверх установленных показателей государственного задания, не является обязательством системы ОМС. В то же время согласно ст. 20 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» медицинские организации (входящие в вышеуказанный Реестр) обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В связи с этим, медицинские организации, которым государственное задание не установлено, вынуждены полностью нести бремя расходов по оказанию гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой без возмещения за счет средств обязательного медицинского страхования. Некоторыми из этих организаций были специально привлечены дополнительные сотрудники и приобретено медицинское оборудование, исходя из объема медицинской помощи, которую они оказывали в системе ОМС в 2014 году и (или) планировали оказывать в 2015 году.

Заявитель полагает, что фактический отказ в выделении государственного задания связан с формой собственности организации, так как медицинские организации, которым отказано в таком задании обжалуемым приказом, являются негосударственными, в то время как государственными учреждениями здравоохранения Новосибирской области, участвующим в реализации программы ОМС, государственное задание в системе ОМС установлено.

В публичных высказываниях, в том числе, в СМИ, министр здравоохранения Новосибирской области О.И. Иванинский объясняет отказ от выделения государственного задания негосударственным медицинским организациям необходимостью, в первую очередь позаботиться об интересах государственных учреждений здравоохранения. Между тем, очевидно, что не выделение государственного заказа в системе ОМС негосударственной медицинской организации, которая раньше такой заказ имела, влечет те же негативные последствия. В то время как согласно Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании» права и обязанности медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС, равны независимо от организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности.

В совместном приказе отсутствует ссылка на решение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Новосибирской области (далее - Комиссия) о распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации программы ОМС в 2015 году. Согласно п.10 ст.36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» принимать такие решения уполномочена только такая Комиссия, персональный состав которой определен в нашей области Постановлением Правительства Новосибирской области от 18.04.2012 г. № 188-п «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования». Без решения Комиссии установление государственного задания в системе ОМС, содержащего показатели медицинской помощи, не имеет надлежащего правового основания.

Однако, никакого решения Комиссии по этому вопросу до медицинских организаций не доводилось. В открытом доступе, в том числе, на официальных сайтах министерства здравоохранения Новосибирской области и ТФ ОМС НСО, соответствующие решения Комиссии не опубликованы. Если такое решение существует, то его недоведение до сведения заинтересованных лиц представляет собой нарушение п.15 Положения о Комиссии (Приложение 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 года №158н).

Пунктом 5 совместного приказа руководителям медицинских организаций, государственное задание для которых данным приказом не установлено, предложено представить на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС информацию о фактически оказанных в январе-феврале 2015 года объемах медицинской помощи для принятия решения об их оплате. Между тем, к полномочиям данной Комиссии не относится принятие решений об оплате медицинской помощи в системе ОМС. Оплата медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании заключенных с медицинскими организациями договоров об оказании и оплате медицинской помощи в системе ОМС и Правилами обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 года № 158н).

Как указывалось, в январе-феврале 2015 года медицинским организациям, государственное задание которым совместным приказом не установлено, было отказано страховыми медицинскими организациями в своевременной оплате медицинской помощи в системе ОМС с составлением актов (реестров актов) медико-экономического контроля на основании приказа ТФОМС от 13.12.2011 года №230. Основанием для отказа в оплате медицинской помощи послужило применение последствий дефекта 5.3.2 (см. Перечень санкций, утв. Приложение 8 к Тарифному соглашению в системе ОМС в Новосибирской области от 10.02.2014 года, размещено на официальном сайте ТФОМС НСО по адресу: [http://www.novofoms.ru/regulatory\\_documents/tariff\\_agreement.php](http://www.novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php)).

Кроме того, отдельным письмом министерства здравоохранения Новосибирской области таким организациям предложено направить в министерство свои предложения об объемах государственного задания на оказание медицинской помощи в системе ОМС, в то время как соответствующие предложения на объемы медицинской помощи уже были направлены уполномоченным субъектам в конце 2014 года в соответствии с действующим законодательством.

Таким образом, для отдельных медицинских организаций, которым совместным приказом государственное задание не установлено, установлен особый порядок:

отчета о фактически оказанной медицинской помощи в системе ОМС в 2015 году - перед Комиссией;

подачи предложений на выделение объемов медицинской помощи в системе ОМС (повторно, в текущем году);

определения объема медицинской помощи в системе ОМС (если он все-таки будет определен).

Кроме того, медицинским организациям, государственное задание которым не установлено, предписано сообщить министерству здравоохранения Новосибирской области сведения о прикрепленном к ним для оказания медицинской помощи населении «для подготовки предложений по корректировке объемов государственного задания в системе обязательного медицинского страхования».

При этом, необходимо отметить, что до 2015 года объемы медицинской помощи для медицинских организаций в системе ОМС в Новосибирской области определялись Комиссией по разработке территориальной программы и оплачивались страховыми медицинскими организациями независимо от того, имелось ли у медицинских организаций прикрепленное население. Учет численности прикрепленного населения (количество прикрепленных застрахованных лиц) - это только один из критериев, в соответствии с которыми может быть определен объем медицинской помощи в системе ОМС для медицинских организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, согласно п.10 ст.36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании». Отсутствие такого населения никогда не было и настоящее время не является препятствием для определения или оплаты объемов медицинской помощи в системе ОМС.

В 2015 году действующее федеральное законодательство об ОМС никаких изменений в этом вопросе не претерпело.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (утв. постановлением Законодательного Собрания Новосибирской области от 11 декабря 2014 г. №221) предусматривает оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) для отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц. Тарифное соглашение в системе ОМС Новосибирской области от 10.02.2014 года, продолжающее свое действие в настоящее время, также не содержит каких-либо положений, связывающих саму возможность определения и оплаты объемов медицинской помощи в системе ОМС с наличием прикрепленных лиц. Подтверждением этому является то, что данное Тарифное соглашение действовало и в 2014 г., когда объемы медицинской помощи выделялись Комиссией (для тех медицинских организаций, которые в 2015 году государственного задания не получили) вне зависимости от наличия прикрепленного населения.

В соответствии с пунктом 1 части 8 статьи 44 ФЗ от 26.07.2006 № 135 – ФЗ "О защите конкуренции" в отношении Министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования возбуждено дело №36 от 01.07.2015 о нарушении антимонопольного законодательства.

Министерство здравоохранения Новосибирской области в обоснование невыделения объемов государственного задания на 2015 год для ряда частных медицинских организаций (н-п, ООО «Компания Дента», ООО «Центр лабораторной диагностики», ООО «Дента», ООО «Роксолана», ООО «Ситилаб»), ранее оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС сообщило Новосибирскому УФАС России (письмо вх. № 3787 от 21.04.2015) следующее.

Согласно ч. 10 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 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.

Согласно п. 2.3 протокола комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования от 30.01.2015 №1 медицинским организациям, которым приложением № 2 к протоколу не определены объемы медицинской помощи, установлено государственное задание в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в объеме медицинской помощи, фактически оказанной застрахованным гражданам Новосибирской области в январе-феврале 2015 года.

В соответствии с решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования о распределении объемов медицинской помощи на 2015 год от 30.01.2015, на основании Положения о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 №255, совместным приказом министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 02.02.2015 №248/1/20 утверждено государственное задание на 2015 год.

В целях корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, 31.03.2015 комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования внесены изменения в распределение объемов медицинской помощи на 2015 год. Согласно изменениям Обществу с ограниченной ответственностью Компания «Дента», Обществу с ограниченной ответственностью «Центр лабораторной диагностики», Обществу с ограниченной ответственностью «Роксолана» и Обществу с ограниченной ответственностью «Дента» установлены объемы оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

На основании решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования от 10.03.2015 принят приказ министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 19.03.2015 №794/1/58-1 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 02.02.2015 №248/1/20».

Порядок включения медицинских организаций в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, определен статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». ООО «Ситилаб» отсутствует в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области в 2015 году, в связи с чем, для него в 2015 году не устанавливались объемы оказания медицинской помощи.

Дополнительно Новосибирское УФАС России направило в адрес комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования запрос №05-5669 от 05.06.2015 о представлении информации о том, какие именно обстоятельства изменились и повлекли за собой значительное уменьшение размера госзадания для указанных медицинских организаций в 2015 году в сравнении с 2014 г.

В ответ Минздрав НСО сообщило Новосибирскому УФАС России (вх. №5566 от 17.06.2015) следующее.

Порядок включение медицинских организаций в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, определен статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

ООО «СМТ», ООО «ДЕНТИКА», СГУПС (МОЦ СГУПС) АНО «ЦНМТ в Академгородке», ООО «ДентаСтайл», ЗАО «Сиблабсервис», ООО «АПРЕЛЬ ГРУПП», ООО «СК Мечковских», ООО «АДЕНТ», ООО «АДЕНТА», ООО «Санталь», ООО «Клиника профессора Пасман», ООО «Ситилаб-Сибирь» и СО РАМН отсутствуют в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области в 2015 году, в связи с чем, для них в 2015 году не устанавливались объемы оказания медицинской помощи.

Согласно ч. 10 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 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. Действующим законодательством не предусмотрено установление объемов медицинской помощи в соответствии с предложениями медицинских организаций или исходя из фактически оказанных ими объемов медицинской помощи за прошедший период.

В соответствии с решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования о распределении объемов медицинской помощи на 2015 год, на основании Положения о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 №255, совместным приказом министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 02.02.2015 №248/1120 утверждено государственное задание на 2015 год.

В реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области в 2014 году, были включены 53 частных медицинских организаций, которым было установлено государственное задание на общую сумму 588 029,7 тыс. рублей (2,6% от общего объема финансирования государственного задания).

В 2015 году в реестр включены 50 частных медицинских организаций, которым установлено государственное задание на общую сумму 539 930,3 тыс. рублей (2,34% от общего объема финансирования государственного задания).

Распределение и корректировка объемов оказания медицинской помощи должны быть обоснованы и не нарушать сбалансированность Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области в части объема и стоимости медицинской помощи по условиям ее оказания.

При распределении объемов медицинской помощи комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования не может обеспечивать медицинским организациям ежегодно гарантированный (одинаковый) объем медицинской помощи.

С учетом изложенного министерство здравоохранения Новосибирской области считает доводы, указанные в обращении РОО «АРМОС» не обоснованными.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области письмом вх. №6712 от 21.07.2015 сообщил Новосибирскому УФАС России следующее.

Распределение объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями осуществляется создаваемой в субъекте Российской Федерации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее Комиссия), осуществляющей свою деятельность в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

Комиссия распределяет объемы медицинской помощи на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - ТФ ОМС) 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 персонализированного 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.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2014 № 11-9110/2-9388 «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» (далее - Письмо Минздрава России) объемы медицинской помощи, утвержденные ТФ ОМС распределяются Комиссией:

- медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющим прикрепленных лиц, получивших полис обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой ОМС, с учетом климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения прикрепленного населения;

- медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи, исходя из показателей объемов медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, утвержденных ТФ ОМС, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания;

- медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление, в связи с невозможностью определения объема медицинской помощи в показателях, установленных программой государственных гарантий государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания в случае отсутствия у медицинских организаций данных диагностических услуг или их недостаточности.

Руководствуясь вышеизложенным, на заседании Комиссии 30.12.2014 был рассмотрен проект распределения объемов медицинской помощи на 2015 год (протокол №12 от 10.12.2014 заседания Комиссии, который принят за основу при распределении Комиссией объемов медицинской помощи на 2015 год, указанных в протоколе №1 от 30.01.2015 заседания Комиссии.

Протоколы заседания Комиссии размещены на сайте ТФОМС НСО в разделе «Личный кабинет медицинских организаций».

При распределении объемов медицинской помощи Комиссией учитывались обращения медицинских организаций о выделении им объемов медицинской помощи, за исключением ООО «ЦНМТ», которое в Комиссию соответствующего обращения не подавало.

ООО «Медицинский клуб Он и Она» отсутствует в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области в 2015 году, в связи с чем, для него в 2015 году не устанавливались объемы оказания медицинской помощи.

Согласно пункту 2.3 протокола заседания Комиссии №1 от 30.01.2015 медицинским организациям, которым объемы медицинской помощи не определены, установлено государственное задание в рамках ТП ОМС в объеме медицинской помощи, фактически оказанной застрахованным гражданам Новосибирской области медицинской помощи в январе-феврале 2015 года.

В связи с тем, что у Комиссии отсутствовали сведения о мощностях таких медицинских организаций, определение объема медицинской помощи, указанного в заявках, без учета имеющейся мощности, могло бы привести к ограничению доступности медицинской помощи и повлечь нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи, так как такие медицинские организации являются коммерческими, и, используя указанные мощности, помимо медицинских услуг, оказываемых в системе

обязательного медицинского страхования, оказывают платные медицинские услуги.

По данным ТФОМС НСО число застрахованных лиц превышает численность проживающего на территории Новосибирской области населения, таким образом, вероятность обращения за медицинской помощью лиц, не застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, достаточно низка.

Принимая во внимание то, что объем медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по специальности «стоматология» в рамках ТП ОМС, в соответствии с Письмом Минздрава России определяется исходя из нормативов на 1000 жителей и численности застрахованных лиц, Комиссия определила численность прикрепленного населения в качестве критерия для распределения объема этой помощи.

В рамках поручения Комиссии о подготовке предложений о перераспределении объемов первичной медико-санитарной помощи с учетом прикрепления населения к медицинским организациям негосударственной формы собственности Минздравом НСО медицинским организациям предложено рассмотреть возможность прикрепления застрахованных лиц.

От медицинских организаций негосударственной формы собственности предложений об установлении иного критерия распределения объемов медицинской помощи не поступало.

В соответствии с разделами 2, 3 Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 10.02.2014 (далее - Тарифное соглашение от 10.02.2014), оплата производится по тарифам за законченный случай лечения, включающим в себя оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях.

Согласно пункту 2.2 и приложению 2 Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 22.05.2015 (далее - Тарифное соглашение от 10.02.2014) оплата диагностическим центрам и централизованным лабораториям (далее - МО - исполнитель) за проведенные диагностические исследования осуществляется страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) в централизованном порядке при наличии у МО-исполнителя первичной медицинской документации от направляющей медицинской организации (далее - направляющая МО), соответствующей утвержденным Минздравом России формам (с указанием в ней источника финансирования), путем проведения взаиморасчетов между направляющей МО, СМО и МО-исполнителем, за исключением случаев, определенных подпунктом 2.4.1 указанного приложения.

Взаиморасчеты между направляющими МО по кодам МЭС 735\*\*\*, 736\*\*\* (за исключением МЭС 736223, 736229) и МО - исполнителями по кодам МЭС 735\*\*\*, 736\*\*\* с 01.02.2015 осуществляются в сумме фактически предъявленных счетов по всем расходам, входящим в структуру тарифа.

На основании изложенного, Комиссией принято решение не распределять объемы диагностических услуг по лабораторным методам исследований (коды МЭС 735\*\*\*, 736\*\*\*) медицинским организациям на 2015 год вне зависимости от их формы собственности, в связи с тем, что для медицинских организаций, оказывающих только диагностические услуги, предусмотрена возможность их оплаты непосредственно медицинской организацией, являющейся заказчиком таких услуг, по гражданско-правовому договору, что не противоречит действующим нормативным правовым актам.

Ни один нормативный акт не устанавливает для Комиссии обязанность распределять объемы оказания медицинской помощи с целью обеспечения рентабельности деятельности коммерческих организаций, так как целью обязательного медицинского страхования является обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая (статья 20 Федерального закона от 24.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон об ОМС). Законом об ОМС и подзаконными актами обязанность Комиссии обеспечивать объемами медицинской помощи все медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС, не предусмотрена.

Следовательно, при распределении объемов медицинской помощи Комиссия не обязана обеспечивать медицинским организациям ежегодно гарантированный (одинаковый) объем медицинской помощи.

В то же время, необходимо учитывать, что корректировка объемов должна быть обоснована и не должна нарушать сбалансированность Территориальной программы государственных гарантий в части объема и стоимости медицинской помощи по условиям ее оказания. Объемы медицинской помощи распределяются и корректируются Комиссией медицинским организациям, независимо от формы собственности.

Также следует учесть, что основной целью деятельности коммерческих организаций является извлечение прибыли, в то время когда деятельность медицинской организации по оказанию медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования не направлена на извлечение прибыли, а направлена на обеспечение прав застрахованных лиц на бесплатное получение медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с пунктом 2.4 Тарифного соглашения от 10.02.2014, а также пунктом 2.1.4 Тарифного соглашения от 22.05.2015 оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией сверх объемов, распределенных для нее решением Комиссией, осуществляется на основании решения Комиссии о перераспределении объемов в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Объемы медицинской помощи, которые распределены медицинским организациям решением Комиссии (протокол №1 от 30.01.2015) в размере фактически оказанной медицинской помощи в январе-феврале 2015 года, были скорректированы решением Комиссией (протокол №3 от 10.03.2015).

В соответствии со статьей 34 Федерального закона от 24.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон об ОМС) в рамках деятельности по защите прав застрахованных проведено анкетирование застрахованных лиц, сведения об оказании медицинской помощи которым включены в реестры счетов на оплату обществом с ограниченной ответственностью «Компания «Дента» и обществом с ограниченной ответственностью «ДЕНТА» в 2015 году, в результате которого были выявлены факты двойной оплаты одного и того же случая лечения.

На основании изложенного, ТФОМС НСО обратился в прокуратуру Новосибирской области с просьбой провести проверку соблюдения права застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС, закрепленного в Законе об ОМС, Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н, которая в настоящий момент проводится.

Анализ выполнения объемов медицинской помощи, установленных для медицинских организаций на 2014 год в разрезе медицинских организаций частной негосударственной формы собственности (далее - частные МО), показал следующее.

В реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области (далее - Реестр) в 2014 году, было включено 53 частных МО.

Государственное задание для 52 частных МО на 2014 год было установлено на общую сумму 588 029,7 тысяч рублей, что составило 2,6 от общего объема финансирования государственного задания.

Доля объема медицинской помощи, оказанной частными МО, в общем объеме выполненного государственного задания за 2014 год составляет:

- по медицинской помощи в стационарных условиях - 0,73%,
- по медицинской помощи в условиях дневных стационаров - 7,15%,
- по медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью - 0,06%,
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями - 2,52%.

Фактически в реализации ТП ОМС участвовало 37 частных МО, 15 МО не приступили к выполнению государственного задания.

Выполнение государственного задания, установленного для частных МО, в части объемов медицинской помощи за 2014 год составило:

- по медицинской помощи в стационарных условиях - 95,5%;
- по медицинской помощи в условиях дневных стационаров - 91,6%;
- по медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью - 84,1%;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями - 79,1.

Основной объем финансирования (89%) государственного задания 2014 года, установленный для частных МО, приходится на 10 организаций: ЗАО «Стоматологическая поликлиника №4», ЗАО «ГСП №6», ЗАО «Стоматологическая поликлиника №9», 3 организации ОАО РЖД, АНО «Клиника НИИТО», ООО «Нефролайн-Новосибирск», ООО ДЦ «ББАР», ООО «Санталь»), которым в 2015 году также установлено государственное задание, за исключением ООО «Санталь», т.к. данная организация не включена в Реестр на 2015 год.

На 2015 год в Реестр включено 50 частных МО, из них государственное задание установлено для 37 МО на общую сумму 539 930,3 тысяч рублей, что составило 2,34% от общего объема финансирования государственного задания.

Приказ Минздрава НСО и ТФОМС НСО от 02.02.2015 №248/1/20 «О государственном задании на 2015 год» (далее - Приказ), утвердивший государственное задание в соответствии с объемами медицинской помощи, распределенными решением Комиссии в протоколе №1 от 30.01.2015, издан в соответствии с пунктом 4 Положения о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 № 255 (далее - Положение).

Таким образом, в основу Приказа положен Протокол № 1 от 30.01.2015, в котором решением Комиссии были распределены объемы медицинской помощи на 2015 год.

На основании решения Комиссии (протокол №3) 19.03.2015 в Приказ были внесены изменения (Приказ Минздрава и ТФОМС НСО от 19.03.2015 № 794/1/58-1).

По обращению РОО «АРМОС» от 23.03.2015 № 01-пА/18 с просьбой провести проверку соблюдения ТФОМС НСО федерального законодательства при определении в 2015 году объемов медицинской помощи и установлении государственного задания для медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области, прокуратурой Новосибирской области не выявлено оснований для принятия по мер прокурорского реагирования (письмо Прокуратуры Новосибирской области от 22.04.2015 №7-1624-2015).

Таким образом, распределяя объемы медицинской помощи, Комиссия, а также ТФОМС НСО и Минздрав НСО, утверждая государственное задание для медицинских организаций, действовали в пределах, установленных для них полномочий, и в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

Дополнительно письмом вх. №9039 от 30.09.2015 ТФ ОМС НСО представил мониторинг выполнения государственного задания по видам медицинской помощи в рамках реализации программы ОМС с января по декабрь 2014, сформированный ТФОМС НСО и ГБУЗ НСО «МИАЦ» в рамках исполнения пункта 12 Положения о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией, утвержденного постановлением Правительства РФ от 06.05.2003 №255.

Информация, указанная в мониторинге, формируется на основе сведений об оказании медицинской помощи, представленных страховыми медицинскими организациями в соответствии с пунктом 2.5 договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенных ТФОМС НСО со страховыми медицинскими организациями.

Министерство здравоохранения Новосибирской области письмом вх. №6711 от 21.07.2015 сообщило Новосибирскому УФАС России следующее.

Критерии, подлежащие учету при распределении объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, изложены в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации 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».

Действующим законодательством не предусмотрено установление объемов медицинской помощи в соответствии с предложениями медицинских организаций, исходя из фактически оказанных ими объемов медицинской помощи или установленного объема государственного задания за прошедший период.

Так, объемы медицинской помощи на 2015 год распределены 10.12.2014 решением Комиссии (протокол №12), согласно которому объемы медицинской помощи предусмотрены, в том числе и для медицинских организаций, являющихся участниками РОО «АРМОС».

Согласно Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, и письму Министерства здравоохранения Российской Федерации

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», объемы медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

В целях корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, Комиссией 30.01.2015, 10.03.2015, 31.03.2015, 10.04.2015 внесены изменения в распределение объемов оказания медицинской помощи на 2015 год.

На сегодняшний день для ООО «Компания «Дента», ООО «ЦАД», ООО «Сибирская стоматологическая компания», ООО Гиппократ XXI века», ООО «Денталь», ООО «Роксолана», ООО «Дента», ООО «Клиника Санитас+», ООО «ЛДЦ «АСС-мед», Новосибирский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. Акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, ООО «Нео-дент», ООО «Стоматология на Залесского», ООО «Претор», ООО «КМГ ВИЖУ», ФГБУ «НИИ ФФМ», ООО «ЦНМТ» объемы медицинской помощи определены.

В соответствии с п. 5 раздела «Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования» письма Министерства здравоохранения Российской Федерации 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» распределение объемов диагностических услуг медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, осуществляется исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания, в случае отсутствия у медицинских организаций данных диагностических услуг или их недостаточности.

Таким образом, фактическая возможность оказания услуг организациями, оказывающими только диагностические услуги, не является критерием распределения объема.

Вышеуказанной позиции придерживаются и суды. Так, решением Арбитражного суда Новосибирской области от 06.07.2015 по делу №А45- 19646/2014 ООО «Центр лабораторной диагностики» отказано в удовлетворении исковых требований к Комиссии, Правительству Новосибирской области (третьи лица: министерство здравоохранения Новосибирской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области) об увеличении объемов медицинской помощи.

Письмом вх. №7884 от 24.08.2015 ТФ ОМС НСО представил следующие пояснения.

При распределении объемов медицинской помощи Комиссией было учтено фактическое выполнение объемов медицинской помощи за прошлый год.

ООО «Компания «Дента», ООО «Сибирская стоматологическая компания», ООО «Гиппократ XXI века», ООО «Денталь», ООО «ДЕНТА», ООО «Клиника Санитас+», ООО ЛДЦ «АСС-мед», ООО «КМГ «ВИЖУ», ФГБУ «НИИ ФФМ» СО РАМН в 2014 году объемы медицинской помощи, распределенные Комиссией, не были выполнены в полном объеме.

Новосибирский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. Акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, ООО «Претор», ООО «ЦНМТ» не приступали к выполнению государственного задания на 2014 год.

В результате проведенных медико-экономических экспертиз медицинских организаций, указанных в запросе, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» за I квартал 2015 года (ООО «ДЕНТА», ООО «Компания «Дента», ООО «Роксолана», ООО «Денталь», ООО «Клиника Санитас+», ООО «Нео-Дент», ООО «Сибирская стоматологическая компания», ООО «Стоматология на Залесского», ООО ЛДЦ «АСС-мед», ООО «Претор») были выявлены факты двойного финансирования, т.е. оплата медицинской помощи из личных средств застрахованных лиц и включение этих же законченных случаев лечения в реестр счетов на оплату из средств ОМС, факты отсутствия обращения застрахованных лиц за медицинской помощью в медицинские организации, отсутствие в первичной медицинской документации записей, подтверждающих факт оказания медицинской помощи.

На основании изложенного выше, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области полагает, что у Комиссии при распределении объемов медицинской помощи не было оснований для увеличения объемов медицинской помощи для медицинских организаций, указанных в запросе.

На заседании Комиссии РОО «АРМОС» представило следующие дополнения к заявлению.

ООО «Дента», ООО «Компания Дента», ЗАО «Клиника САНИТАС», ООО «Центр лабораторной диагностики» обращались в Комиссию по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования с предложениями по установлению им государственного задания на 2015 год.

С марта 2015 года Комиссия по разработке терпрограммы принимает решения о распределении объемов медицинской помощи тем медицинским организациям, которым он не был определен ранее принятыми решениями Комиссии, на основании данных о фактически оказанных ими медицинских услугах в системе ОМС за прошедший период.

Таким образом, вместо планового распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС на будущий период 2015 года, как это предусмотрено действующим законодательством (п.10. ст. 36 Федерального закона «Об ОМС», п. 8 Положения о Комиссии, являющегося Приложением 1 к Правилам ОМС, Письмо Минздрава РФ от 12.12.2014 года №11-9/10/2-9388) - с последующей корректировкой в случае необходимости - Комиссия распределяет объемы уже фактически оказанной медицинской помощи. Медицинские организации, которым объем медицинской помощи распределяется таким образом, поставлены в неравное положение по сравнению с другими медицинскими организациями, которым государственное задание установлено Комиссией в обычном плановом порядке и которые, соответственно, ежемесячно своевременно получают оплату оказанной медицинской помощи от страховых медицинских организаций. В то время как медицинские организации, которым объем медицинской помощи устанавливается задним числом по факту, к 01.11.2015 года получили оплату своих услуг в системе ОМС только за период январь-июнь 2015 года. Это связано с тем, что в настоящее время объем медицинской помощи для тех медицинских организаций, которым он устанавливается по фактически оказанным услугам, установлен Комиссией по разработке терпрограммы в разрезе страховых медицинских организаций только на период январь-июнь 2015 года (протокол Комиссии по разработке терпрограммы №8 от 09.07.2015 года, вопрос 13). В связи с этим расчеты между такими медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями по оплате медицинской помощи, оказанной в системе ОМС, осуществлены также в лучшем случае только за этот период.

Во всех остальных случаях, когда медицинская организация выставляет в соответствии установленным порядком страховой медицинской организации счета на оплату фактически оказанной медицинской помощи, страховые медицинские организации отказывают в оплате медицинской помощи на основании акта медико-экономического контроля в связи с превышением выделенных объемов медицинской помощи (акты медико-экономического контроля в отношении ООО «Дента», ООО «Компания «Дента», ЗАО

«Клиника САНИТАС»).

Таким образом, распределение медицинской помощи и ее оплата в системе ОМС осуществляется для соответствующих медицинских организаций не только способом, противоречащим действующему законодательству – задним числом по факту, после утверждения фактически оказанных объемов решениями Комиссии по разработке территориальной программы, но и с опозданием в несколько месяцев, что в свою очередь влечет такие же длительные задержки в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями.

В сложившейся ситуации фактически оказанные объемы медицинских услуг в системе омс не отражают потребности застрахованных лиц в услугах данных медицинских организаций, поскольку они вынужденно сокращают объемы таких услуг, так как фактически самостоятельно финансируют оказание медицинской помощи в системе омс.

Письмом вх. №11134 от 04.12.2015 РОО «АРМОС» сообщило следующее.

По вопросам корректировки объемов государственного задания в 2015 году в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС (в т.ч. к ее председателю министру здравоохранения Новосибирской области О.И.Иванинскому и зам. председателя директору ТФОМС НСО Е.В.) обращались ООО «Дента», ООО «Компания «Дента», ЗАО «Клиника Санитас», ООО «Центр лабораторной диагностики», ООО Лечебно-диагностический центр «АСС-мед». Никакого результата данные обращения не принесли. Для ООО «Дента», ООО «Компания «Дента» и ООО «Лечебно-диагностический центр «АСС-мед» объем государственного задания установлен Комиссией и оплачен в объеме, фактически оказанном в январе-феврале 2015 года. Услуги оказанные этими медицинскими организациями в системе омс позднее, в объеме государственного задания на 2015 год до настоящего времени не включены и не оплачены. В связи с этим указанные компании практически прекратили оказание медицинской помощи в системе ОМС, поскольку не имеют возможности самостоятельно нести расходы по ее оказанию. ООО «Центр лабораторной диагностики» до настоящего времени никакого объема государственного задания в 2015 году так и не получило (указанный в протоколах Комиссии объем медицинской помощи – это услуги, оказанные в декабре 2014 году) в связи с чем в системе ОМС в 2015 году не работает. ЗАО «Клиника Санитас» продолжает оказывать услуги сверх выделенного Комиссией государственного задания с отказом страховых медицинских организаций от их оплаты, так как Комиссия не принимает решений об увеличении данной компании объема государственного задания исходя из фактически оказанных услуг.

ООО «Дента», ООО «Компания «Дента» и ООО «Лечебно-диагностический центр «АСС-мед» не имеют возможности получить государственное задание на оказание стоматологической помощи в 2015 году в конкретном размере еще и потому, что этим организациям министерство здравоохранения Новосибирской области отказывает в доступе к Единой государственной информационной системе здравоохранения Новосибирской области (далее – ЕГИСЗ НСО), которая используется для прикрепления застрахованных лиц к медицинской организации. Поскольку в настоящее время (с 01.07.2015 года в соответствии с Приложением 1 к Дополнительному соглашению к Тарифному соглашению в системе ОМС в Новосибирской области от 14.08.2015 года) объем медицинской помощи, в том числе, стоматологической, в амбулаторно-поликлинических условиях в системе ОМС выделяется исходя из количества прикрепленного населения (по подушевому нормативу), эти организации теперь такой объем вообще получить не могут (с учетом того, что и Приказ Минздрава НСО № 1189 от 21.04.2015 года не закрепляет за этими организациями территориальных зон обслуживания).

Из переписки между этими организациями и Минздравом НСО следует, что в доступе к ЕГИСЗ НСО им отказывают, так как у них нет государственного задания. Как указывалось выше, государственного задания у них нет, так как у них нет прикрепленных лиц (которых и не может быть без присоединения к ЕГИСЗ НСО). Порядок прикрепления граждан к медицинской организации установлен Приказом министерства здравоохранения Новосибирской области и ТФОМС Новосибирской области от 16.02.2015 года № 427/35, из раздела 3 которого следует, что порядок прикрепления застрахованных лиц реализуется через АИС ЕР НСО автоматизированную информационную систему «Единая регистратура Новосибирской области». Данная система является элементом ЕГИСЗ НСО, в доступе к которой министерство здравоохранения Новосибирской области ООО «Дента», ООО «Компания «Дента» и ООО «Лечебно-диагностический центр «АСС-мед» отказало.

Помимо изложенного в заявлении и в ранее представленных письменных пояснениях заявителя нарушениями антимонопольного законодательства, создающими дискриминационные условия для деятельности частных медицинских организаций в системе ОМС на условиях добросовестной конкуренции, являются также:

1) отказ от корректировки государственного задания (объема медицинской помощи) в системе ОМС в 2015 году для ООО «Дента», ООО «Компания Дента», ООО «Лечебно-диагностический центр «АСС-мед», ЗАО «Клиника «Санитас» с учетом фактически оказанных ими объемов медицинской помощи в системе ОМС за март-ноябрь 2015 года;

2) отказ ООО «Дента», ООО «Компания «Дента», ООО «Лечебно-диагностический центр «АСС-мед» в доступе к ЕГИСЗ НСО (АИР ЕР НСО), что лишает их возможности прикреплять застрахованных лиц, т.е. получать объем государственного задания по количеству прикрепленных застрахованных лиц исходя из принципа подушевого финансирования, установленного Приложением 1 к Тарифному соглашению в системе ОМС Новосибирской области (в редакции Дополнительного соглашения от 14.08.2015 года).

Письмом № 10981 от 30.11.2015 ТФОМС НСО сообщил следующее.

Утверждение государственного задания на уровне субъекта Российской Федерации органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования предусмотрено пунктом 4 Положения о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 № 255 (далее – Положение).

Согласно подпункту 25 пункта 9 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области утвержденного постановлением Правительства Новосибирской области от 14.02.2011 №56-п, ТФОМС НСО осуществляет иные функции в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 28 Положения о министерстве здравоохранения Новосибирской области, утвержденного постановлением Губернатора Новосибирской области от 04.05.2010 №148, Минздрав НСО осуществляет иные полномочия в установленной сфере деятельности, если такие полномочия предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Новосибирской области.

При распределении объемов медицинской помощи Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее Комиссия) учитывались обращения медицинских организаций о выделении им объемов медицинской помощи, а также обращения с информацией об отсутствии возможности оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС).



Согласно пункту 2.3 протокола Комиссии № 1 некоторым медицинским организациям объемы медицинской помощи определены, в рамках ТП ОМС в объеме фактически оказанной застрахованным гражданам Новосибирской области в январе-феврале 2015 года, в частности медицинским организациям, не имеющим прикрепленных лиц.

В связи с тем, что у Комиссии отсутствовали сведения о мощностях таких медицинских организаций, определение объема медицинской помощи, указанного в заявках, без учета имеющейся мощности, могло бы привести к ограничению доступности медицинской помощи и повлечь нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи, так как такие медицинские организации являются коммерческими, и используя указанные мощности, помимо медицинских услуг, оказываемых в системе обязательного медицинского страхования, оказывают платные медицинские услуги.

В рамках поручения Комиссии о подготовке предложений о перераспределении объемов первичной медико-санитарной помощи с учетом прикрепления населения к медицинским организациям негосударственной формы собственности Минздравом НСО медицинским организациям предложено рассмотреть возможность прикрепления застрахованных лиц.

От медицинских организаций негосударственной формы собственности предложений об установлении иного критерия распределения объемов медицинской помощи не поступало.

Минздрав НСО письмом №11005 от 01.12.2015 сообщил Новосибирскому УФАС России следующее.

Согласно ч. 1 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) 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. Критерии, подлежащие учету при распределении объемов медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования изложены в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации 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».

Так, согласно п. 5 раздела «Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования» вышеуказанного письма при распределении объемов медицинской помощи учитываются:

- сведения о видах медицинской помощи, мощности вошедших в реестр медицинских организаций, профилях медицинской помощи, врачебных специальностях;

- число застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, потребность застрахованных лиц в медицинской помощи и финансовых средств для ее оплаты;

- сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования.

Некоторым медицинским организациям - участникам Ассоциации руководителей медицинских организаций Сибири, подававшим заявки на распределение им объема медицинской помощи, и не имеющим прикрепленных лиц, решением Комиссии объемы медицинской помощи, определены в объеме фактически оказанной застрахованным гражданам Новосибирской области медицинской помощи в январе-феврале 2015 года.

В связи с тем, что у Комиссии отсутствовали сведения о мощностях таких медицинских организаций, определение объема медицинской помощи, указанного в заявках, без учета имеющейся мощности, могло бы привести к ограничению доступности медицинской помощи и повлечь нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи.

В связи с тем, что объем медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по специальности «стоматология» в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с письмом Минздрава России от 12.12.2014 №11-9/10/2-9388 определяется исходя нормативов на 1000 жителей и численности застрахованных лиц, Комиссия определила эти показатели в качестве критерия для распределения объема медицинской помощи по специальности «стоматология». От медицинских организаций негосударственной формы собственности предложений об установлении иного критерия распределения объемов медицинской помощи не поступало.

В рамках поручения Комиссии о подготовке предложений о перераспределении объемов первичной медико-санитарной помощи с учетом прикрепления населения к медицинским организациям негосударственной формы собственности министерством здравоохранения Новосибирской области было предложено медицинским организациям рассмотреть возможность прикрепления застрахованных лиц.

В соответствии с решением Комиссии о распределении объемов медицинской помощи на 2015 год от 30.01.2015, на основании Положения о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 №255, приказом министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 02.02.2015 № 248/1/20 утверждено государственное задание на 2015 год, определяющее объемы финансовых средств, необходимых для оказания медицинской помощи.

В целях корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, Комиссией 30.01.2015, 10.03.2015, 31.03.2015, 10.04.2015, 10.11.2015 внесены изменения в распределение объемов оказания медицинской помощи на 2015 год. Медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в отношении которых было направлено заявление в прокуратуру Новосибирской области по фактам двойного финансирования, дополнительные объемы Комиссией не распределялись.

На основании решений Комиссии об изменении объемов медицинской помощи в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 02.02.2015 №248/1/20 внесены соответствующие изменения.

Комиссия Новосибирского УФАС России на заседании выслушала доводы представителей ООО «АРМОС», изложенные в заявлении, дополнении к заявлению.

Комиссия Новосибирского УФАС России на заседании выслушала доводы представителя Министерства здравоохранения Новосибирской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области, изложенные в представленных пояснениях.

Рассмотрев материалы дела, выслушав доводы лиц, участвующих в деле Комиссия Новосибирского УФАС России установила следующее.

ООО «АРМОС» письмом вх. №11134 от 04.12.2015 представила список организаций, являющихся ее членами.

Из указанных заявителем в обращении в Новосибирское УФАС России медицинских организаций участниками ООО «АРМОС» являются следующие: ЗАО «Клиника «Санитас», ООО «Алита», ООО «Медицинский центр Наедине-Н», ЗАО «Медицинский центр «Авиценна», ООО «Дента», ООО «Компания «Дента», ООО «Санталь» Сибирский окружной медицинский центр ФМБА РФ, ООО «Центр Лабораторной Диагностики».

Иные частные медицинские организации не обращались в Новосибирское УФАС России с заявлением о нарушении антимонопольного законодательства при установлении им объемов медицинской помощи в рамках ОМС. Документов, свидетельствующих о нарушении антимонопольного законодательства при установлении им объема медицинской помощи на 2015 год в Новосибирское УФАС России не представлено. Следовательно, установить нарушение антимонопольного законодательства в отношении данных организаций не представляется возможным.

В соответствии с п. 1 ст. 3 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" обязательное медицинское страхование - 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 обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах [базовой программы](#) обязательного медицинского страхования.

В соответствии с п. 1 ст. 4 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" одним из принципов осуществления обязательного медицинского страхования является обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и [базовой программы](#) обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования).

В соответствии с частью 1 статьи 36 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" 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.

Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с [положением](#), являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования (ч. 9 ст. 36 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в [части 9](#) настоящей статьи, 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. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации (ч. 10 ст. 36 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

В соответствии с п. 22 Информационного письма Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2011 №20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за 2012 год» объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

- сведения органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации о видах медицинской помощи, мощности вошедших в реестр медицинских организаций государственных и муниципальных медицинских организаций, профилях медицинской помощи, врачебных специальностях;

- сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных по ОМС лиц, их потребности в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты;

- сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере ОМС, включающие:

а) показатели, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

б) данные о застрахованных лицах, прикрепившихся для амбулаторно-поликлинического обслуживания, и их численность;

в) показатели, подтверждающие возможность медицинских организаций оказать диагностические услуги - для медицинских организаций, оказывающих только отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление.

Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями осуществляется на основе:

- а) численности и половозрастной структуры застрахованных лиц конкретной страховой медицинской организацией;
- б) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой ОМС, в разрезе видов медицинской помощи, условий ее предоставления, профилей отделений (коек), врачебных специальностей с учетом особенностей климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта Российской Федерации.

При этом учитывается расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту и сложившееся потребление медицинской помощи застрахованными лицами конкретной страховой медицинской организацией по данным персонализированного учета медицинской помощи за предыдущий период (квартал, год).

Исходя из положений названных норм права, распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется комиссией в соответствии с законодательно закрепленными критериями, а, значит, решение о выделении каждому медицинскому учреждению конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано как принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими учреждениями в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, так и показателями, применимыми к данному лечебному учреждению (Постановление Арбитражного суда Центрального округа от 10.02.2015 N Ф10-4852/2014 по делу N А36-6671/2013).

Согласно ч. 10 ст. 36 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда.

Согласно ч. 1 ст. 15 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1) организации любой предусмотренной [законодательством](#) Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании [уведомления](#), направляемого ею в территориальный фонд... (ч. 2 ст. 15 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Медицинские организации, включенные в Реестр, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере ОМС, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством РФ случаев (ч. 4 ст. 15 Закона об ОМС)

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании [договора](#) на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (ч. 5 ст. 15 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Согласно п.1 ст.16 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" застрахованные в системе обязательного медицинского страхования лица имеют право на выбор медицинской организации из медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Согласно п. 1 ч. 1 ст. 20 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

Таким образом, действующим законодательством установлено право медицинской организации получать оплату за медицинские услуги, оказанные в рамках ОМС.

Приказом №248/1/20 от 02.02.2015 Министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования утверждено государственное задание на 2015 год медицинским организациям в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Из данного документа видно, что ряду частных медицинских организаций, ранее осуществляющих деятельность в системе ОМС (приказ МЗ НСО и ТФОМС НСО от 10.12.2014 №4035/270), государственное задание не установлено.

Министерство здравоохранения Новосибирской области представило Новосибирскому УФАС России протокол Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) №1 от 30.01.2015, в соответствии с п. 2.3 которого медицинским организациям, которым приложением №2 к настоящему протоколу объемы медицинской помощи не определены, установлено государственное задание в рамках ТП программы ОМС в объеме медицинской помощи, фактически оказанной застрахованным гражданам Новосибирской области в январе-феврале 2015 года.

Комиссия по разработке территориальной программы ОМС в 2014-2015 гг. устанавливала объем государственного задания следующим образом.

Наименование медицинской организации	Объем государственного задания по амбулаторно-поликлинической помощи в рамках реализации базовой программы ОМС руб.			
	Приказ	от	Приказ	от

	10.12.2014 №4035/270	02.02.2015 №248/1/20	19.03.2015 №794/1/58-1
ООО «Компания Дента»	856 628	Не установлено	275 922
ООО «ЦЛД»	2 289 840	Не установлено	8 316
ЗАО «Клиника Санитас»	3 828 333	Не установлено	1 656 307
ООО «Денталь»	246 012	Не установлено	5 441
ООО «Дента»	1 267 159	Не установлено	419 895
ООО «ЛДЦ «АСС-мед»	578 487	Не установлено	33 946
ООО «Санталь»	12 288 940	Не установлено	-

Таким образом, у частных организаций наблюдается значительное уменьшение государственного задания в 2015 году по сравнению с 2014.

При этом, у ряда государственных учреждений здравоохранения наблюдается увеличение государственного задания в 2015 году по сравнению с 2014:

Наименование медицинской организации	Объем государственного задания по амбулаторно-поликлинической помощи в рамках реализации базовой программы ОМС руб.		
	Приказ от 10.12.2014 №4035/270	Приказ от 02.02.2015 №248/1/20	Приказ от 19.03.2015 №794/1/58-1
ГБУЗ НСО «ГНОКБ»	166 871 199	188 083 796	188 083 796
ГБУЗ «НООД»	58 308 448	62 811 770	62 811 770
ГБУЗ НСО «ДГП»	134 783 201	136 953 155	136 953 155
ГБУЗ НСО «НОККД»	8 375 045	15 051 302	15 051 302

В представленном ТФОМС НСО мониторинге выполнения государственного задания по видам медицинской помощи в рамках реализации программы обязательного медицинского страхования с января 2014 по декабрь 2014 содержится следующая информация о выполнении частными медицинскими организациями объемов медицинской помощи, распределенных решением Комиссией.

Наименование МО	Плановый объем помощи					Фактический объем помощи				
	Амбулаторно-поликлиническая помощь					Амбулаторно-поликлиническая помощь				
	общения	профилактические	неотложные	стоматология	диагностика	общения	профилактические	неотложные	стоматоло	
ООО «Центр лабораторной диагностики»					62 616					
ЗАО «Клиника Санитас»		746		1900	13094		12			11925
ООО «Дента»		2131		12895			1179			12708.25
ООО ЛДЦ «АСС-мед»		1469		5892		416				

Из представленных данных следует, что перевыполнен установленный объем медицинской помощи в 2014 году у ООО «Центр лабораторной диагностики». Выполнен объем медицинской помощи на 98-99%, ЗАО «Клиника Санитас», ООО «Дента».

Фактическое выполнение данными медицинскими организациями распределенного объема медицинской помощи свидетельствует о наличии потребности населения в услугах данных медицинских организаций, наличии фактического потребления медицинской помощи.

Какого-либо расчета, объективного обоснования сокращения объемов медицинской помощи на 2015 год ЗАО «Клиника Санитас», ООО «Дента», ООО «Центр лабораторной диагностики» в Решении Комиссии не содержится, ответчиками в материалы настоящего дела не представлено. При этом действующее законодательство не содержит оснований для отказа в предоставлении объемов медицинской помощи для медицинской организации.

Таким образом, из материалов дела следует, что Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, распределяя объемы медицинской помощи ЗАО «Клиника Санитас», ООО «Дента», ООО «Центр лабораторной диагностики» не учитывала потребности застрахованных лиц в медицинской помощи указанных медицинских организаций, что является нарушением ч. 10 ст. 36 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

На основании Бюджетного кодекса РФ, ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 №158н, приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, срока, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» 22.05.2015 Министерство здравоохранения Новосибирской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области, страховые медицинские организации, медицинские профессиональные некоммерческие организации, профессиональные союзы медицинских работников и их объединения заключили Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области (далее – Тарифное соглашение).

Согласно п. 2.1.3 Тарифного соглашения объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, разрабатываются решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между страховыми организациями и между медицинскими организациями.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организации сверх объемов, распределенных для нее решением Комиссии, осуществляется на основании решения Комиссии о перераспределении объемов.

Следовательно, Тарифным соглашением предусмотрена возможность корректировки объема медицинской помощи

ООО «Центр Лабораторной диагностики» обращалось в Минздрав НСО (письмо №64 от 16.02.2015) о выделении дополнительного государственного задания (исх. №64 от 16.02.2015)

ООО «Компания Дента» обращалось в Минздрав НСО, ТФ ОМС НСО (письма №№51, 52 от 31.07.2015 о распределении объемов медицинской помощи в системе ОМС.

ООО «Дента» обращалось в ТФ ОМС письмом №115 от 31.07.2015 о перераспределении объемов государственного задания

10.11.2015 Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по результатам рассмотрения вопроса о распределении дополнительных объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам Новосибирской области, на 2015 год медицинским организациям НП «Здравпункт», ООО «Компания «Дента», ООО «Сибирская Стоматологическая Компания», ООО «Гиппократ XXI века», ООО «Стоматологическая компания денталь», ООО «Дента», ООО ЛДЦ «АСС-мед», ООО «РМДЦ» - в амбулаторных условиях приняла решение распределить дополнительные объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (по объему посещений с профилактической целью, по стоматологии), на 2015 год НП «Здравпункт», ООО «Сибирская стоматологическая компания», ООО «Стоматологическая клиника Денталь», ООО ЛДЦ «АСС-мед».

Таким образом, дополнительные объемы медицинской помощи не выделены ООО «Компания «Дента», ООО «Дента», ООО «Центр лабораторной диагностики».

ТФ ОМС НСО письмом №10981 от 30.11.2015 в адрес Новосибирского УФАС России указывает, что медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в отношении которых было направлено заявление в прокуратуру НСО по фактам двойного финансирования, дополнительные объемы комиссией не распределялись.

При этом действующее законодательства не содержит оснований для отказа в предоставлении объемов медицинской помощи, ее корректировке, в том числе, по причине наличия у медицинской организации нарушений в системе ОМС. Также следует отметить, что ООО ЛДЦ «АСС-мед», которому распределены дополнительные объемы медицинской помощи согласно выписке из протокола №14 от 10.11.2015, также имеет нарушения в системе ОМС в виде включения в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, не подтвержденной первичной медицинской документацией, о чем сообщается Новосибирскому УФАС России в письме ТФ ОМС НСО №9039 от 30.09.2015.

Таким образом, нераспределение Комиссией ООО «Компания Дента», ООО «Дента» дополнительного объема медицинской помощи по причине выявленных у данных организаций нарушений в системе ОМС неправомерно.

В обоснование невыделения дополнительных объемов медицинской помощи в системе ОМС ООО «Центр лабораторной диагностики» представителю Минздрава НСО сослался на решение арбитражного суда Новосибирской области от 06.07.2015 №А45-19646/2014, которым ООО «Центр лабораторной диагностики» отказано в признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2014 год и выделении ему дополнительных объемов медицинской помощи. Указанное решение суда постановлением седьмого апелляционного суда от 07.10.2015 оставлено без изменения, апелляционная жалоба на него ООО «Центр лабораторной диагностики» без удовлетворения. Указанное постановление вступило в законную силу со дня его принятия.

Новосибирское УФАС России не принимает обоснование невыделения ООО «Центр лабораторной диагностики» дополнительных объемов медицинской помощи наличием указанного решения суда, поскольку предметом рассмотрения настоящего дела является соблюдение антимонопольного законодательства при распределении объемов медицинской помощи на 2015 год, а указанное решение суда касается правомерности распределения медицинской помощи ООО «Центр лабораторной диагностики» на 2014 год.

Согласно ч. 10 ст. 36 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", п. 22 Информационного письма Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2011 №20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за 2012 год» предусматривают распределение объемов медицинской помощи медицинским организациям в том числе оказывающим только диагностические услуги.

В соответствии с частью 1 статьи 15 ФЗ «О защите конкуренции» федеральным органам исполнительной власти, органам государственной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления, иным осуществляющим функции указанных органов 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), в частности запрещаются: необоснованное препятствование осуществлению деятельности хозяйствующими субъектами (п.2), создание дискриминационных условий (п.8)

Согласно части 6 статьи 39 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", а также пункту 110 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158-п, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи.

ЗАО «Клиника Санитас» отказано страховыми медицинскими организациями в оплате оказанных медицинских услуг по причине предъявления случаев сверх распределенного объема мед. помощи (акт медико-экономического контроля №289/01/28п от 01.06.2015 ОАО «РОСНО-МС» ф-л «Новосибирск-медицина», Реестр актов медико-экономического контроля ООО СК «Ингосстрах-М» 01.02.2015 – 28.02.2015, 01.03.2015-31.03.2015, 01.04.2015-30.04.2015, 01.05.2015-31.05.2015, реестры актов медико-экономического контроля ООО «СМО» Симаз-Мед» №289-01 от 01.04.2015, №289-01 от 05.05.2015).

ЗАО «Клиника Санитас» отказано страховыми медицинскими организациями в оплате оказанных медицинских услуг по причине предъявления случаев сверх распределенного объема мед. помощи (акт медико-экономического контроля ОАО «РОСНО – МС ф-л «Новосибирск-медицина» №272/07/42 от 03.08.2015, №272/06/35 от 01.07.2015, №272/05/32 от 01.06.2015, реестр актов медико-экономического контроля ООО «СМО «Симаз-Мед» №272-01 от 05.05.2015)

ООО «Дента» отказано страховыми медицинскими организациями в оплате оказанных медицинских услуг по причине предъявления случаев сверх распределенного объема мед. помощи (акт медико-экономического контроля ОАО «РОСНО –МС» ф-л «Новосибирск-медицина» №288/05/134 от 01.06.2015, №288/06/158 от 01.07.2015, №288/07/180 от 03.08.2015, №288/04/106).

ООО «Центр лабораторной диагностики» отказано страховыми медицинскими организациями в оплате оказанных медицинских услуг по причине предъявления случаев сверх распределенного объема мед. помощи (акт повторного медико-экономического контроля №2 от 06.04.2015).

Учитывая, что медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, необоснованное уменьшение объема государственного задания может повлечь оказание медицинской организацией услуг с превышением установленного ей объема медицинской помощи, отказам страховых медицинских организаций в оплате оказанных ею медицинских услуг с превышением установленного объема медицинской помощи на основании части 6 статьи 39 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Данное обстоятельство является препятствием медицинской организации в осуществлении ею деятельности.

Кроме того, предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС является нарушением в системе ОМС и влечет санкцию для медицинской организации в размере 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (п.5.3.2. Приложения 8 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования от 22.05.2015 «Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Таким образом, распределенный Комиссией объем медицинской помощи влияет на оплату оказанной медицинской организацией помощи в рамках ОМС.

Таким образом, необоснованное уменьшение объема государственного задания медицинским организациям препятствует в осуществлении ими деятельности по оказанию стационарной медицинской помощи в системе ОМС, может привести к их уходу с данного рынка, а следовательно, к ограничению конкуренции.

Распределение объема медицинской помощи одним медицинским организациям в фиксированном размере, плановом порядке на 2015 год, другим в размере фактически оказанной застрахованным гражданам НСО в январе-феврале 2015 (выписка из протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС №1 от 30.01.2015, п. 2.3) является созданием дискриминационных условий деятельности медицинских организаций в системе ОМС, поскольку медицинские организации, которым не установлен объем медицинской помощи в фиксированном размере на будущий период, лишены возможности планировать свою деятельность в системе ОМС, не могут получить оплату за выполненные услуги до установления Комиссией объема медицинской помощи за фактически оказанные услуги, что влечет существенные задержки в оплате услуг. Данное обстоятельство ущемляет интересы данных медицинских организаций.

Пунктом 2 протокола Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования №3 от 10.03.2015 установлено, что в целях обеспечения показателей, установленных дорожной картой, а также поддержания необходимого уровня функционирования учреждений, в случае, если государственные учреждения здравоохранения НСО предъявили счета на оплату медицинской помощи на сумму меньше утвержденного государственного задания, страховым медицинским организациям произвести авансирование медицинской организации в части расходов на ФОТ и на содержание медицинской организации до установленного размера. Для частных медицинских организаций не установлено возможности авансирования при предъявлении счетов на оплату медицинской помощи на сумму меньше утвержденного государственного задания. Следовательно, частные медицинские организации и государственные учреждения здравоохранения поставлены в неравные условия при осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, что является дискриминационными условиями деятельности.

Ч. 10 ст. 36 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" установлены критерии распределения Комиссией объемов медицинской помощи.

Действующим законодательством не предусмотрено распределение объемов медицинской помощи государственным медицинским учреждениям и частным медицинским организациям в разном порядке.

Неправомерное нераспределение Комиссией ООО «Компания Дента», ООО «Дента» дополнительного объема медицинской помощи по причине выявленных у данных организаций нарушений в системе ОМС может повлечь уход данных организаций с рынка оказания медицинской помощи в системе ОМС по профилю «стоматология», а следовательно, к сокращению хозяйствующих субъектов на данном рынке и ограничению конкуренции.

Приказы о государственном задании на 2015 год (внесении в него изменения) от 02.02.2015 №248/1/20, от 19.03.2015 №794/1/58-1, от 21.04.2015 №1190/83, которыми уменьшены объемы государственного задания для частных медицинских организаций, приняты Министерством здравоохранения Новосибирской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новосибирской области.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158-н утверждено Положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющееся приложением №1 к Правилам обязательного медицинского страхования (далее - Положение о деятельности Комиссии).

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (п. 1 Положения о деятельности Комиссии).

В состав Комиссии на паритетных началах 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 (п. 3 Положения о деятельности Комиссии).

Согласно п. 8 п. 1 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования указанная Комиссия 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 персонализированного 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.

Указанная Комиссия не является юридическим лицом, следовательно, не является субъектом ответственности за нарушение антимонопольного законодательства

Постановлением Правительства НСО от 18.04.2012 №118-п утвержден следующий Состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования:

- «...» - министр здравоохранения Новосибирской области, председатель комиссии;
- «...» - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области, заместитель председателя комиссии;
- «...» - начальник финансово-экономического управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области, секретарь комиссии;
- «...» - главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области "Городская поликлиника N 20", заместитель председателя правления общественной организации "Новосибирская областная ассоциация врачей";
- «...» - представитель Сибирской Межрегиональной Ассоциации страховщиков, генеральный директор общества с ограниченной ответственностью "Страховая медицинская организация "СИМАЗ-МЕД" (по согласованию);
- «...» - главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области "Искитимская центральная городская больница", заместитель председателя правления общественной организации "Новосибирская областная ассоциация врачей";
- «...» - главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области "Городская клиническая больница N 1";
- «...» - начальник финансово-аналитического отдела министерства здравоохранения Новосибирской области;
- «...» - член президиума обкома профсоюза, председатель Дзержинского районного Совета председателей профкомов,
- «...» - председатель профкома государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области "Детская городская клиническая больница N 6";
- «...» - директор филиала Общества с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах-М" в городе Новосибирске (по согласованию);
- « » - председатель Новосибирской областной организации профсоюза работников

- “...” - здравоохранения Российской Федерации (по согласованию);  
главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения
- «...» - Новосибирской области "Государственная Новосибирская областная клиническая больница".

Таким образом, в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования включены представители Министерства здравоохранения Новосибирской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, государственных бюджетных учреждений здравоохранения, Новосибирской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ.

Согласно п. 1 Положения о министерстве здравоохранения Новосибирской области", утвержденного Постановлением Губернатора Новосибирской области от 09.11.2015 №401-п, Министерство здравоохранения Новосибирской области (далее - министерство) является областным исполнительным органом государственной власти Новосибирской области, осуществляющим государственное управление и нормативное правовое регулирование в сфере охраны здоровья и лекарственного обеспечения населения в пределах установленных федеральным законодательством и законодательством Новосибирской области полномочий, а также координацию и контроль за деятельностью находящихся в его ведении государственных учреждений Новосибирской области.

Согласно п.п. 2 п. 10 указанного Положения о министерстве здравоохранения Новосибирской области разработка и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования отнесено к полномочиям Минздрава НСО.

Согласно п. 1 «Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области», утвержденного Постановлением Правительства Новосибирской области от 14.02.2011 N 56-п, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области (далее - территориальный фонд) является некоммерческой организацией, созданной Новосибирской областью для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области.

В соответствии с п.п. 1 п. 8 указанного Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области Территориальный фонд участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории Новосибирской области.

ТФ ОМС НСО осуществляет следующие полномочия:

- собирает и обрабатывает данные персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации (п. 13 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области);

- ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области (п. 14 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области);

- ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области (п. 15 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области).

Согласно п/п. 6 п. 9 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области Территориальный фонд получает от страховых медицинских организаций данные о новых застрахованных лицах и сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность.

Территориальный фонд осуществляет контроль за деятельностью страховой медицинской организации, осуществляемой в соответствии с Федеральным [законом](#) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", и выполнением договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (п/п 9 п. 9 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области).

В соответствии с п. 7 ст. 14 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

Исходя из полномочий Министерства здравоохранения Новосибирской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования, предоставить предложения в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями могут именно указанные органы.

Минздрав НСО и ТФ ОМС НСО обладают правами юридического лица (п. 4 Положения о Министерстве здравоохранения НСО, п. 2 Положения о ТФ ОМС НСО).

Страховые медицинские организации, медицинские организации, представители которых включаются в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, исходя из предмета своей деятельности не обладают достоверной информацией об объеме медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования всеми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС.

Кроме того, страховые медицинские организации подконтрольны Территориальному фонду обязательного медицинского страхования, государственные учреждения здравоохранения, представители которых включены в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подконтрольны Министерству здравоохранения



Новосибирской области.

Минздрав НСО, ТФ ОМС не выполнили в полном объеме обязанность по предоставлению в Комиссию необходимых данных, обеспечивающих принятие Комиссией по разработке территориальной программы ОМС о распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в порядке, не противоречащем действующему законодательству.

Состав Комиссии по разработке территориальной программы ОМС утвержден Постановлением Правительства Новосибирской области от 14.02.2011 N 56-п. Если Минздрав НСО, ТФ ОМС НСО считают, что указанная Комиссия приняла неправомерное решение, не основанное на представленных указанными органами объективной и полной информации, то необходимо было инициировать соответствующее обращение в Правительство НСО для принятия последним необходимых мер.

Таким образом, Министерство здравоохранения Новосибирской области и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области, представив предложения на Комиссию по разработке территориальной программы ОМС по распределению объема стационарной медицинской помощи между медицинскими организациями, повлекшее принятие указанной Комиссией решения о распределении объемов медицинской помощи, которое создает дискриминационные условия деятельности медицинских организаций в системе ОМС путем установления в нарушение действующего законодательства разным медицинским организациям объема медицинской помощи в разном порядке: фиксировано в плановом порядке либо в размере фактически оказанных услуг за определенный период, установления возможности авансирования государственных учреждений здравоохранения при предъявлении счетов на сумму меньше утвержденного государственного задания допустили нарушения п.2, 8 ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

Относительно доводов заявителя, сообщенных Новосибирскому УФАС России при рассмотрении настоящего дела о нарушении антимонопольного законодательства приказом Министерства здравоохранения НСО №1189 от 21.04.2015 о закреплении зон обслуживания с перечнем адресов за медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь гражданам, проживающим на территории г. Новосибирска и Новосибирского района НСО, при стоматологических заболеваниях по территориальному принципу, отказов Министерством здравоохранения НСО медицинским организациям в подключении к ЕГИСЗ НСО (единой государственной системе здравоохранения НСО) для прикрепления застрахованных лиц, Комиссия Новосибирского УФАС России считает данные доводы подлежащими рассмотрению не в рамках данного дела.

Основания для прекращения рассмотрения дела отсутствуют.

Учитывая изложенные обстоятельства, руководствуясь статьей 23, частью 1 статьи 39, частями 1 – 3 статьи 41, частью 1 статьи 49, статьи 50 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции», Комиссия Новосибирского УФАС России

РЕШИЛА:

1. Признать Министерство здравоохранения Новосибирской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования нарушившими пункты 2, 8 части 1 статьи 15 Федерального закона № 135-ФЗ «О защите конкуренции». Нарушение выразилось в предоставлении согласно п. 8 п. 1 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158-н, предложения на Комиссию по разработке территориальной программы ОМС по распределению объема предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи между медицинскими организациями, повлекшее принятие указанной Комиссией решения, которое создает дискриминационные условия деятельности медицинских организаций в системе ОМС путем установления разным медицинским организациям объема предоставления медицинской помощи в разном порядке: фиксировано в плановом порядке либо в размере фактически оказанных услуг за определенный период, установления возможности авансирования государственных учреждений здравоохранения при предъявлении счетов на сумму меньше утвержденного государственного задания.

2. Признать материалы дела достаточными для выдачи Министерству здравоохранения Новосибирской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования предписания о прекращении нарушения антимонопольного законодательства. Для его исполнения Министерству здравоохранения Новосибирской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Новосибирской области необходимо совершить действия, направленные на обеспечение конкуренции, а именно, предоставить в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования информацию, обеспечивающую принятие указанной Комиссией решения о распределении объемов предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в едином порядке для государственных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций

3. Признать, что основания для принятия иных мер по пресечению, устранению последствий нарушения антимонопольного законодательства отсутствуют.

Решение Комиссии может быть обжаловано в арбитражный суд в течение трех месяцев со дня его принятия.

Примечание. За невыполнение в установленный срок законного решения антимонопольного органа частью 2.6 статьи 19.5 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность.

Привлечение к ответственности, предусмотренной законодательством Российской Федерации, не освобождает от обязанности исполнить решение антимонопольного органа.

ПРЕДПИСАНИЕ №92

о прекращении нарушения антимонопольного законодательства

22 декабря 2015 г.

г. Новосибирск

Комиссия Управления Федеральной антимонопольной службы по Новосибирской области (Новосибирское УФАС России) по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства в составе:

Камнева Н.П. –заместитель руководителя управления, председатель Комиссии;

Долженкова Е.В. – начальник отдела контроля органов власти, член Комиссии;

Калинина О. Ю. – главный специалист-эксперт отдела контроля органов власти, член Комиссии,

руководствуясь ст. 23, ч. 1 ст. 39, ч. 4 ст. 41, ст. 50 Федерального закона от 26.07.2006 г. № 135-ФЗ «О защите конкуренции», на основании своего решения от 22.12.2015 по делу №36, возбужденному 01.07.2015 года по признакам нарушения Министерством здравоохранения Новосибирской области (630011, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18), Территориальным фондом обязательного медицинского

страхования Новосибирской области (630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 80) части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции»,

ПРЕДПИСЫВАЕТ:

1. Министерству здравоохранения Новосибирской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования прекратить нарушение п.2, п.8 ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 26.07.2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции», выразившегося в предоставлении согласно п. 8 п. 1 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158-н, предложения на Комиссию по разработке территориальной программы ОМС по распределению объема предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи между медицинскими организациями, повлекшее принятие указанной Комиссией решения, которое создает дискриминационные условия деятельности медицинских организаций в системе ОМС путем установления разным медицинским организациям объема предоставления медицинской помощи в разном порядке: фиксировано в плановом порядке либо в размере фактически оказанных услуг за определенный период, установления возможности авансирования государственных учреждений здравоохранения при предъявлении счетов на сумму меньше утвержденного государственного задания.

С целью исполнения настоящего предписания Министерству здравоохранения Новосибирской области, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования необходимо совершить действия, направленные на обеспечение конкуренции, а именно, в срок до 12.02.2016 предоставить в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования информацию, обеспечивающую принятие указанной Комиссией решения о распределении объемов предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в едином порядке для государственных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций.

2. Об исполнении пункта 1 настоящего предписания Министерству здравоохранения Новосибирской области, Территориальному Фонду обязательного медицинского страхования Новосибирской области сообщить в Новосибирское УФАС России 19.02.2016, с приложением подтверждающих документов.

Предписание может быть обжаловано в арбитражный суд в течение трех месяцев со дня его принятия.

Примечание. За невыполнение в установленный срок законного предписания антимонопольного органа ч. 2.6 ст. 19.5 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность.

Привлечение к ответственности, предусмотренной законодательством Российской Федерации, не освобождает от обязанности исполнить предписание антимонопольного органа.